

Nombre (primer, apellido) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### **Compensación de Trabajadores**

¿La visita de hoy, tiene que ver con una lesión relacionada con un **accidente vehicular**?

**Si** **No**

Si Ud. contestó "si" por favor pida el impreso de "NF-3"

¿La visita de hoy, tiene que ver con una lesión relacionada con el trabajo? **Si** **No**

**\*\*Si NO**, por favor proceda a **historial médico\*\***

Fecha de lesión/accidente: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Partes del cuerpo aprobadas/heridas: \_\_\_\_\_

Ud. ¿ha reportado el accidente a su empleador? **Si** **No**

Ud. ¿está trabajando actualmente? **Si** **No**

### **Información del Empleador: \*\*basado en la fecha del accidente\*\***

Título del trabajo: \_\_\_\_\_

Descripción del trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ ext: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_

Número del caso WCB: \_\_\_\_\_

Número de reclamo/seguro del caso: \_\_\_\_\_

Seguridad del empleador: \_\_\_\_\_

Direccion postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ ext: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### **Información del Ajustador :**

Nombre (primer, apellido): \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ ext: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_