

# QUESTIONARIO DE COMPENSACION AL TRABAJADOR

FECHA: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DENACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ZP: \_\_\_\_\_  
SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ TELEFONO EN CASA: \_\_\_\_\_  
TELEFONO EN TRABAJO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA COMPANIA AL TIEMPO DE SU ACCIDENTE: \_\_\_\_\_  
DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ZP: \_\_\_\_\_  
SU EMPLEO/ OFICIO: \_\_\_\_\_ FECHA DE LASTIMADURA: \_\_\_\_\_  
DESCRIBA SUS OBLIGACIONES LABORALES: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SEGURO DE COMPENSACION AL TRABAJADOR: \_\_\_\_\_  
DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_  
QUE PARTE DEL CUERPO SE LASTIMO: \_\_\_\_\_  
HORA EN QUE SE LASTIMO: \_\_\_\_\_ COMO OCURRIO: \_\_\_\_\_

A QUIEN LE INFORMO DE SU LASTIMADURA: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LOS TESTIGOS: \_\_\_\_\_  
FUE SU LASTIMADURA CAUSADA PORQUE SU LUGAR DE TRABAJO ERA PELIGROSO  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ QUE: \_\_\_\_\_

LE DIERON UN FORMULARIO DE RECLAMO? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ CUANDO \_\_\_\_\_  
DEVOLVIO USTED EL FORMULARIO CON LA INFORMACION COMPLETA A LA COMPANIA:  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ SI ASI FUE, CUANDO?: \_\_\_\_\_

SUS INGRESOS AL TIEMPO DE SU LASTIMADURA: \$ \_\_\_\_\_  
PRIMER DIA QUE PERDIO DE TRABAJAR: \_\_\_\_\_ FECHA DE REGRESO: \_\_\_\_\_  
TODO EL TIEMPO QUE PERDIO DE TRABAJAR: \_\_\_\_\_ FECHA DE REGRESO: \_\_\_\_\_  
TODO EL TIEMPO QUE NO TRABAJO: \_\_\_\_\_  
LO DESPIDIERON O LO DESCANSARON: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ CUANDO: \_\_\_\_\_  
QUE RAZONES LE DIERON? \_\_\_\_\_

## **TRATAMIENTO MEDICO RECIBIDO**

DOCTOR: \_\_\_\_\_ DOCTOR: \_\_\_\_\_  
DIRECCION: \_\_\_\_\_ DIRECCION: \_\_\_\_\_  
TELEFONO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_  
QUIEN LOMANDO CON ESTOS MEDICOS? \_\_\_\_\_

EL ULTIMO DIA DE TRATAMIENTO \_\_\_\_\_  
CONTINÚA RECIBIENDO TRATAMIENTO: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
HA SIDO EXAMINADO POR UN DOCTOR QUE DE UNA LISTA QUE SE LE DIO DEPARTE DEL ESTADO  
DE CALIFORNIA SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ QUE DOCTOR: \_\_\_\_\_  
DIRECCION: \_\_\_\_\_ CUANDO \_\_\_\_\_

## **ASEGURANZA**

LA COMPANIA LE ENTREGO ALGUN DOCUMENTO PIDIENDOLE QUE USTED DESIGNARA UN  
DOCTOR PARA TRATAMIENTO ANTES DE SU LASTIMADURA? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
LA COMPANIA OFRECE ASEGURANZA MEDICA? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
ES UN PLAN DE SERVICIO DE DINERO? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
LA COMPANIA PAGA 50% O MAS DE LA COBERTURA SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

CUAL ES LA FECHA DE RENOVACION DE SU CONTRATO DE LA ORGANIZACION DE SU ASEGURANZA MEDICA? \_\_\_\_\_

HA RECIBIDO ALGUNA CARTA DE LA COMPANIA O LA ASEGURANZA DEL TRABAJADOR TOCANTE ALGUN CAMBIO DE TRATAMIENTO MEDICO? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**BENEFICIOS RECIBIDOS DE COMPENSACION AL TRABAJADOR**

CANTIDAD SEMANAL: \$ \_\_\_\_\_ CANTIDAD TOTAL RECIBIDA: \$ \_\_\_\_\_ FECHA DE PRIMER PAGO: \_\_\_\_\_ FECHA DEL ULTIMO PAGO: \_\_\_\_\_

HA HABIDO ALGUN TARDO IRRASONABLE EN RECIBIR CUALQUIERA DE LOS BENEFICIOS DE COMPENSACION AL TRABAJADOR? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ A SI FUE, CUAL? \_\_\_\_\_

HA RECIBIDO BENEFICIOS DE ESTADO DE CALIFORNIA? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

HA RECIBIDO BENEFICIOS DE DESEMPLEO? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

HA RECIBIDO ALGUN OTRO BENEFICIO? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

QUE TIPO: \_\_\_\_\_

LA COMPANIA HA PAGADO LAS CUENTAS DE LOS MEDICOS? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

TIENE MEDI-CAL? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

ALGUNA CUENTA FUE PAGADA POR SU ASEGURANZA PRIVADA? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

HA ESTADO ALGUNA VEZ INVOLUCRADO EN OTRO ACCIDENTE O SUFRIDO LASTIMADURA SIMILARES? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ CUANDO \_\_\_\_\_

TIPO DE LASTIMADURA: \_\_\_\_\_ BENEFICIOS RECIBIDOS \_\_\_\_\_

**UNION**

PERTENECE A UNA UNION? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ DIRECCION: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ REPRESENTATE DE UNION: \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE SUS EMPLEOS EN EL PASADO**

**INCLUYENDO SU EMPLEO PRESENTE**

COMPANIA: \_\_\_\_\_ TITULO: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ SUELDO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ FECHAS DE EMPLEO: \_\_\_\_\_

COMPANIA: \_\_\_\_\_ TITULO: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ SUELDO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ FECHAS DE EMPLEO: \_\_\_\_\_

COMPANIA: \_\_\_\_\_ TITULO: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ SUELDO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ FECHAS DE EMPLEO: \_\_\_\_\_

HA VISTO OTRO ABOGADO TOCANTE ESTE ASUNTO? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

NOMBRE Y DIRECCION: \_\_\_\_\_

QUIEN LO REFIRIO O COMOM FUE REFERIDO A ESTA OFICINA? \_\_\_\_\_

**SOLAMENTE PARA EL USO DE LA OFICINA**

_____ Adverse Party files checked by (initial) _____
_____ Open _____ CAO _____ Hold