

SOLICITUD DE INFORMACIÓN MÉDICA

Fecha _____

Número de Seguro Social _____

Oficina Local _____

Para poder hacer una determinación en su caso es necesario que usted presente debidamente contestada y certificada por un doctor en medicina, la información abajo requerida. Sírvase devolver este formulario a esta oficina con la mayor brevedad posible.

Firma del Examinador _____

Esta solicitud de información médica no constituye un requerimiento para que se le practique un examen médico al solicitante ya que el Negociado de Seguridad de Empleo de Puerto Rico ni está autorizado a pagar ningún médico por exámenes físicos hechos a los reclamantes compensación por desempleo. Cualquier cargo por este servicio debe ser hecho al solicitante.

1. El paciente estuvo bajo mi asistencia desde _____ hasta _____

2. Fecha último examen _____

3. Diagnóstico de la enfermedad (indique término médico) _____

4. Incapacidad relacionada con:

Accidente del trabajo Causada por el trabajo Embarazo

Accidente de automóvil No relacionada con el empleo Otros (indique) _____

5. Fecha de hospitalización, si alguna: _____

6. El paciente estuvo imposibilitado de trabajar desde _____ hasta _____

7. ¿Puedes el paciente trabajar? Sí No

En caso afirmativo, indique lo siguiente: a. ¿Cuántas horas puede trabajar al día? _____

b. ¿Cuántos días puede trabajar a la semana? _____ c. ¿Hasta cuando puede trabajar jornada completa? _____

8. Si el paciente no está en condiciones de trabajar, favor contestar lo siguiente:

a. Fecha cuando podrá trabajar _____ b. Trabajo parcial Jornada Completa

9. ¿Qué tratamiento recomendó usted al paciente? _____

10. ¿Recomendó usted dejar el último trabajo por motivos de salud? Sí No

Explique _____

11. Si actualmente tiene que limitar la clase, condiciones o cantidad de trabajo por motivos de salud, describa tales limitaciones: _____

Certifico que la información arriba indicada es correcta y que soy un médico o quiropráctico autorizado a ejercer mi profesión.

Nombre del Médico _____

Dirección del Médico _____

Teléfono _____ Fecha _____

Numero de Licencia _____ Fecha _____