



# GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento del Trabajo y Recursos Humanos



PR-SD-536  
Rev. 12/75

NEGOCIADO DE SEGURIDAD DE EMPLEO  
DIVISIÓN DE SEGURO POR DESEMPLEO

## SOLICITUD DE INFORMACIÓN MÉDICA

Fecha \_\_\_\_\_  
Número 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 no 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. ¿Puede 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

c)  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 motivo 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 y dirección del médico \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Núm. Licencia \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_