



LAW FIRM OF
LAUB & LAUB

A Professional Corporation

PERSONAL INJURY
WORKERS COMPENSATION
CRIMINAL DEFENSE
BANKRUPTCY

INFORMACION DEL CLIENTE DE COMPENSACION PARA
TRABAJADORES

I. INFORMACION PERSONAL

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Direccion: _____ Ciudad/Estado _____

No de Telefono (Casa): _____ Trabajo: _____

Nombre de Esposo/a: _____

Quien le refirió a esta oficina: _____

II. INFORMACION ACERCA DE LA LESION:

Fecha de Lesion: _____ Hora: _____

Dia de la semana: _____ Reporto el accidente a su patrón: SI NO

Cuando reporto el accidente a su patrón (fecha): _____

A quien lo reporto (nombre): _____

Reporto el accidente por escrito: SI NO Tiene una copia del reporte?: SI NO

Describa como paso el
accidente: _____

Hubo testigos? SI NO

Nombre: _____ Direccion _____ Tel: _____

Nombre: _____ Direccion _____ Tel: _____

III. INFORMACION DEL EMPLEO

Nombre de su empleador en la fecha del accidente: _____

Direccion del empleador: _____ Tel: _____

Su posición y deberes el día de su lesión: _____

Fecha inicial de su empleo: _____

1. SU SALARIO EN LA FECHA DEL ACCIDENTE

Su salario \$ _____ Por hora, Semana o Mes

Por favor de una cantidad aproximada de su pago total al mes durante los tres meses antes de su accidente. Cantidad: \$ _____ Por mes.

2. TIEMPO PERSIDO DE TRABAJO DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE

Ha perdido horas de trabajo debido a su lesión? _____

3. SU ESTADO ACTUAL DE TRABAJO

Esta trabajando ahora? SI NO

Cuando regreso a trabajar? Fecha: _____

El trabajo que esta haciendo ahora es liviano? SI NO

IV: INFORMACION MEDICA

Que parte(s) de su cuerpo se lastimo?: _____

Quien es su doctor actual?: _____

Direccion: _____ Tel: _____

Por favor ponga en la lista todos los hospitales, doctores, quirapRACTICOS y otros proveedores medicos en donde usted ha recibido tratamiento o exámenes por sus heridas:

NOMBRE	DIRECCION	TEL	FECHA DE VISITA
--------	-----------	-----	-----------------

Si su doctor lo ha dado de alta, le ha puesto limitaciones o restricciones en su habilidad para regresar a trabajar? SI NO

Describa esas limitaciones o restricciones:

V. INFORMACION DE LA DEMANDA DE COMPENSACION DEL TRAVAJADOR

Ha hecho una demanda por beneficios de compensación a los empleadores por su herida?

SI NO

Con respecto a su demanda por beneficios, ha sido:

Aceptada: _____ Negada: _____ No sabe: _____

VI. LESIONES PREVIAS

Antes de su lesión en el trabajo, se ha lastimado la misma parte del cuerpo alguna otra vez?

SI NO

Fecha de lesión: _____ Estado en donde ocurrió: _____

Por favor ponga en l lista los hospitales, quiroprácticos y otros proveedores médicos en donde usted recibió tratamiento o exámenes por su previa lesión.

NOMBRE	DIRECCION	TEL	FECHA DE TRATAMIENTO
--------	-----------	-----	----------------------

Ocurrió esta lesión en el trabajo también?: SI NO

Si su respuesta es si, recibió beneficios de compensación al trabajador en el estado de Nevada u otro Estado por esa lesión? SI NO

Numero de demanda de la lesión anterior # _____ Fecha _____

Recibió liquidación o una suma por discapacidad parcial permanente por esa lesión previa?

SI NO

Si recibió una suma, por favor describa:

Fecha del fallo _____ % de discapacidad _____ Cantidad _____

VII. INFORMACION DE SEGURO

Tiene seguro de salud? SI NO Cual es el nombre de su seguro? _____