

Notificación de Lesion de Empleados

7102 North Sam Houston Parkway West, Suite 200
Houston, Texas 77064

Teléfono: 281.377.7604
Fax: 281.377.7029

Nombre del Empleado (apellido, primer, segundo)		# de Seguro Social:	Teléfono:		
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	
Ocupación	Estado en el que se hizo un acuerdo de empleo:	Salario semanal promedio:	Duración del empleo: Meses _____ Años _____		
Fecha del accidente de la última exposición:	Hora: _____ AM _____ PM		Lugar de la lesión: Ciudad / Condado / Estado		
Partes del cuerpo lesionada:	Describa en detalle cómo se produjo la lesión.				
El nombre del médico de tratamiento (nombre y apellidos):		Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Nombre del Co-empleador		Ubicación del sitio del trabajo:			
¿Eres una persona previamente deteriorada debido a una lesión remuneración de los trabajadores anteriores o preexistentes evidente incapacidad causada por accidente, enfermedad, defecto de nacimiento o una lesión militar que pueda afectar el tratamiento de esta lesión? Si respondió "Sí", por favor describa:					
Fecha:	Descripción:	Médico:			

Toda persona que reciba beneficios por incapacidad temporal de un empleador o la compañía de seguros del empleador informará prontamente por escrito al empleador o a el seguro del empleador y el cambio en los hechos materiales o la cantidad de ingresos que él / ella está recibiendo, o cualquier cambio en su / empleo estado, que se producen durante el período de percepción de dichos beneficios.

Declaro bajo pena de perjurio que he examinado esta notificación y reclamación, y toda declaración contenida aquí, y lo mejor de mi saber y entender, son verídicos, correctos y completos.

Toda persona que cometa fraude de compensación al trabajador, en caso de condena, será culpable de un delito grave.

Al presentar este Aviso de Lesión Accidental y Reclamo de Compensación se le da permiso al Administrador de la Corte de Compensación de los Trabajadores, el Comisionado de Seguros, el Procurador General, un fiscal de distrito, el ajustador de seguros o sus representantes les autoriza el acceso a los registros médicos, incluyendo renuncia de cualquier privilegio concedido por la ley, relativa a las comunicaciones a un médico o profesional de la salud o el conocimiento obtenido por dicho médico o profesional de la salud mediante un examen personal.

La información de autorización para la liberación puede incluir información, que puede ser considerada, una enfermedad transmisible, o venérea que pueden incluir pero no se limitan a enfermedades como la hepatitis, la sífilis, gonorrea y el virus de la inmunodeficiencia humana, también conocido como síndrome de deficiencia adquirida.

Firmado el día _____ de _____, _____

Firma del Empleado

Nombre del empleado Impreso

Esta forma constituye una autorización médica para la liberación de los registros médicos. Nada será construido a renunciar, limitar o perjudicar cualquier privilegio probatorio por la ley.