

PROMET PHYSICAL THERAPY, P.C.
NO FAULT AND WORKER'S COMP. QUESTIONNAIRE

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

¿Qué tipo de informe quiere presentar (círcule uno)? No Fault o Worker's Comp

Número de caso/Número de reclamación _____

Tomador del Seguro _____

Número del Seguro _____

Fecha del accidente/lesión _____

Dirección donde ocurrió el accidente _____

Fecha de la última presentación _____

¿Cómo ocurrió el accidente o lesión? _____

¿Hay antecedentes de lesiones pre-existentes? SI NO

¿Está trabajando? SI NO

Nombre y dirección del empleador _____

¿Está discapacitado de los derechos de trabajo regular? SI NO

¿La incapacidad es parcial o total? _____

¿El tratamiento es relacionado con la incapacidad? SI NO

¿Cuándo aparecieron los síntomas? _____

Diagnóstico y condiciones actuales _____

¿Ha estado ingresado en un hospital en los últimos 60 días? SI NO

Nombre del hospital: _____ Fecha: _____

¿Hay un abogado involucrado(En caso afirmativo, complete la forma de abajo)? SI NO

Abogado/Asistente Social _____

Dirección _____

Número de Teléfono _____

Al firmar abajo, reconozco que toda la información proporcionada es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Nombre del Paciente/Padre o Tutor Legal

Firma del Paciente/Padre o Tutor Legal

Fecha