

LAW OFFICES OF ROBERT T. BLEDSOE
CUESTIONARIO

Esta información nos permitirá crear una base de datos y un archivo inicial. Estos datos nos ayudan a continuar de manera eficiente con el proceso de su admisión. Una vez que haya completado esta página, por favor regrese de inmediato a la persona indicada. A continuación, se le dará un paquete extenso para completar.

*POR FAVOR LLENE LOS ESPACIOS DE LA APLICACIÓN
COMPLETAMENTE*

1) Título: Sr. _____ Srita. _____ Sra. _____ 2) Email: _____

3) Nombre: _____

4) Inicial: _____

5) Apellido: _____

6) Dirección: _____

7) Ciudad, Estado, Código Postal: _____

8) Primario: _____ Número De Teléfono: _____ Celular: _____

9) Aseguransa De Compensación Al Trabajador: _____

10) Ajustador: _____

11) Dirección De Aseguransa: _____

12) Ciudad, Estado, Código Postal: _____

13) # De Teléfono De Aseguransa: _____

14) Numero De Reclamo: _____

15) Fecha De Lesión: _____

16) Parte Del Cuerpo Lesionada: _____

17) Fecha De Nacimiento: _____ 18) Número De Seguro Social: _____

19) Empleador: _____

20) Dirección De Empleador: _____

21) Ciudad, Estado, Código Postal: _____

22) Título De Empleo: _____ WCAB #: _____

23) Especialidad De Su Médico: _____

CUESTIONARIO DE INDEMNIZACIÓN DE LOS TRABAJADORES

Por favor responda a **TODAS** las preguntas para que podamos hacer una evaluación total que necesita para su representación y asistencia jurídica con cualquier reclamo de compensación laboral.

Si necesita espacio adicional para responder a la preguntas solo tiene que utilizar el reverse de la página y indice el número de la pregunta o letra.

1 INFORMACIÓN GENERAL:

Su Nombre Legal: _____ Fecha De Hoy: _____

Su Número De Seguro Social: _____ Fecha De Nacimiento: _____

¿Cómo Se Enteró De Nuestra Oficina? _____

Su Dirección Postal Actual: _____
(Callé, O Caja Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)

Su Dirección Física, si es diferente a su dirección actual: _____

Teléfono De Su Residencia: (código de area) _____ / _____

Numero De Su Celular: (código de area) _____ EMAIL: _____

Contacto Adicional (que no viva con usted) que podríamos llamar o contactar en caso de urgencia o emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

Su Dirección: _____

Número de teléfono, email y/o otra información de contacto para esta persona:

2 INFORMACIÓN DE SU EMPLEO:

*(Donde usted estaba trabajaba **en el momento de la lesión**)*

Nombre De Su Empresa O De Los Empresarios: _____

Dirección De La Empresa O De Los Empresarios: _____

Dirección donde usted trabajó, si es diferente a la dirección del empleador; también el departamento o la division en la cual trabajó: _____

Teléfono De Su Empleo: _____

Cuál Era Su Posición: _____ Fecha En Que Fue Contratado: _____

Sueldo/Salario Que Usted Recibia \$ _____ Hourly Weekly Monthly Annually

¿Trabajaba tiempo completo? ___ Sí (40 horas por semana) ___ No, trabaja sólo a tiempo parcial(¿Cuántas horas?): _____

Trabajaba horas extras regulalmente? ___ Sí ___ No Si es sí, ¿Cuántas horas extras por promedio? ___ Tarifa: \$ _____

¿Pertenece usted a una Unión? ___ Sí ___ No Si es sí, indique el nombre y el número local: _____

Estaba programado para un aumento de salario/subida, examen del trabajo y/o aumento salarial a costo de vida?
___ Sí ___ No If yes, please explain why and the amount of increase:

Explique brevemente sus funciones de trabajo regulares y describa el trabajo que estaba hacienda en el momento de la lesion: _____

¿Tenía un Segundo trabajo donde estaba trabajando en el momento de su accidente de trabajo? ___ Sí ___ No
Sí es sí por favor verifique, Nombre de su Segundo empleador, el nombre y la dirección: _____

Título: _____ Fecha de Contratación: _____ Su Salario: \$ _____
Número de horas trabajabas por semana en su Segundo trabajo? _____
Responsabilidades de trabajo, de su Segundo trabajo: _____

HISTORIAL DE SUS TRABAJOS ANTERIORES:

¿En que otros companies ha trabajado durante los últimos 2 años? Ninguno ___

Empleador: _____ Ciudad/Estado: _____

¿Cuánto tiempo trabajo? _____ Salario: \$ _____ Título de empleo: _____

Empleador: _____ Ciudad/Estado: _____

¿Cuánto tiempo trabajo? _____ Salario: \$ _____ Título de empleo: _____

Empleador: _____ Ciudad/Estado: _____

¿Cuánto tiempo trabajo? _____ Salario: \$ _____ Título: _____

Esta trabajando ahora con un patron diferente o puestos de trabajo diferente desde la fecha de la lesion? ___ Sí ___ No
Sí es sí,

Nuevo Empleador: _____ Ciudad/Estado: _____

Fecha De Contratación: _____ Título: _____ Su Salario: \$ _____

¿Cuánto tiempo a perdido en el trabajo pos su lesion? (lista de las fechas exactas, períodos o plazos de tiempo que ha estado sin trabajar debido al accidente de trabajo): _____

3 INFORMACIÓN ACERCA DE SU LESIÓN:

Sí más de una fecha de la lesion - Por favor conteste las siguientes preguntas para cada fecha de la lesion en la parte posterior de esta página.

Parte(s) del cuerpo: _____ Fecha de la lesión: _____

¿Donde ocurrió la lesión? (Es decir la dirección del empleador, en la carretera, en el campo – Incluyendo la Ciudad y Código Postal) ◆ _____

Cómo ocurrió la lesion? ¿Que pasó? _____

¿Habian testigos cuando se lastimo? ___ Sí ___ No ___ No sabe o no está seguro

Sí es sí, explique y use nombres de las personas: _____

¿Se siente que otras personas, maquinaria defectiva, el equipo/falla de funcionamiento de dispositivo, o un peligroso/impropio ambiente laboral fue responsable de su herida? Sí No No está seguro o no sabe

Comentarios: _____

Describa brevemente cómo su herida ocurrió y lo que sucedió: _____

Reportó la lesión? Sí No Sí es sí, ¿A quién le report su lesion? _____ En caso
Sí es no, ¿por que? _____

¿El empleador o la compañía llenó una forma de reclamo o reporte de accidente? Sí No No está seguro

¿Le proporcionó el empleador con una copia llena de la forma de reclamo de Compensacion de Trabajadores? Sí No

¿Tiene una copia de esa forma para nuestra revision y so archive? Sí No

4 LECCIONES PREVIAS

¿HA TENIDO CUALQUIER OTRO PREVIO INDUSTRIAL O LECCIONES DE COMPENSACION DE TRABAJADORES?

Sí No

Sí es sí, por favor liste los detalles: *(Continue en la parte posterior de esta página si necesita más espacio para responder a esta pregunta)*

Parte del cuerpo

Fecha de la lesión

Empleador

Ciudad y Estado donde ocurrió

¿Alguna de estas lesiones todovía le molesta? Sí No

¿Tiene 'Restricciones Permanentes' en el trabajo a causa de las lesiones previas? _____

¿Alguna de estas lesiones todavía le molesta? Sí No

¿Todavía recibe tratamientos medicos o toma prescripciones medicinas par alas lesiones por accidente laboral ANTES MENCIONADOS? : _____

¿Recibió algún arreglo monetario par alas lesiones previas o Industriales de Compensacion de Trabajadors? Sí No
(Liste la herida, la fecha de herida, la parte del cuerpo implicada, el tipo de arreglo y la calificación, si es conocida):

5 INFORMACIÓN MÉDICA QUE RELACIONA A SU LESIÓN O ENFERMEDAD DEL TRABAJO:

Cuando su lesión ocurrió por primera vez, ¿recibió atención médica inmediata? ¿Fue a la sala de emergencias de un hospital, o a un médico o clínica? ¿Recibió primeros auxilios "locales" fue ayudado por el personal médico "interno la compañía"? ¿Al responder a las anteriores, explique los detalles de la atención médica recibida inmediatamente después de su lesión en el trabajo, incluya los nombres de médico(s) y/o el nombre y la ubicación del hospital: _____

¿Sigue viendo a su médico y recibiendo atención médica? Sí No

¿Quién es su médico tratante actual?

Nombre del médico y/o Clínica: _____ Ciudad: _____

Otros comentarios: _____

¿Quién le envió a su médico tratante actual? Empleador Seguro Elección Personal

Otros: _____

Si se le requirió seleccionar a su médico actual, seleccione a su médico de:

Una lista o formulario de referencia que recibió de la compañía de seguros.

Una referencia de otro médico o profesional de la medicina.

Una referencia personal o su conocimiento personal de médico.

¿Piensa en quedarse con su actual médico durante el curso de su tratamiento? (¿Eres feliz con este doctor?)

Sí No, me gustaría cambiar mi médico tratante, ya que:

¿Ha tenido cirugía para esta lesión? Sí No ¿Ha sido recomendada la cirugía o planificada? Sí No

¿Le ha encontrado el médico: Permanente & Estacionario, o lo liberaron para regresar a trabajar? Sí No?

¿Tiene algún tipo de seguro médico, ya sea provisto por el empleador o de su propio seguro médico privado?

Sí, (Nombre de la compañía) _____

No

¿Quién ha estado pagando por su tratamiento médico, las pruebas y los medicamentos relacionados con su lesión de trabajo?

Compensación al Trabajador. Usted mismo Su propio seguro médico o su cónyuge Medi-Cal

Otro, explique _____

¿Ha o está teniendo problemas para que los gastos médicos sean pagados o problemas con la recepción de la autorización para los tratamientos médicos y/o medicamentos recetados por su médico tratante?

Sí No Comentarios: _____

¿Ha sido dado una selección de QME (Evaluadores Médicos Calificados) o una forma que lista Médicos que evalúan para usted vea y escoja? Sí No En caso afirmativo, seleccionó a un QME? Sí No ¿Si ha seleccionado un QME de el panel cuál era su nombre? _____

¿Tuvo usted la evaluación o cita con el médico QME? Sí No ¿Cuándo? (fecha) _____

6 OTRA INFORMACIÓN MÉDICA:

¿Quién es su doctor familiar o su médico de familia? (Nombre(s) del Doctor, Nombre de la(s) Clínica(s),

Dirección(s), Ciudad/Estado) _____

¿Tiene alguna enfermedad grave? (Es decir, diabetes, asma, artritis, cancer) ___ Sí ___ No

Sí es sí, explique: _____

¿Ha tenido alguna cirugía previa o has sido hospitalizado? ___ Sí ___ No

Sí es sí, explique las fechas, lugares y motivos: _____

¿Ha tenido alguna lesión no-industrial, tales como accidentes de coche, huesos rotos, lesiones deportivas, accidentes en la infancia o enfermedades graves durante la niñez? ___ Sí ___ No

Sí es sí, explique las fechas, parte(s) del cuerpo y/o tipo de enfermedad grave: _____

¿Tiene alguna discapacidad, dolor, limitaciones o problemas medicos que continuaron a causa de las lesiones antes mencionados? ___ Sí ___ No

Sí es sí, explique: _____

7 INFORMACIÓN DEL SEGURO: (con respect a su lesión en el trabajo actual)

¿Cuál es el nombre de la Compañía de Seguros (Workers Comp. Carrier) que esta manejando este accidente de trabajo para su empleador?

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Número de teléfono: _____

Número de Reclamación: _____

Ajustador de la pretension o la persona de contacto en la compañía de seguros: _____

¿La compañía de seguros o su abogado le han contactado por teléfono o carta? ___ Sí ___ No

Sí es sí, recuerdo usted cuándo y con quién habló?

¿El ajustador, el investigador, o un abogado han tomaron una declaración de usted acerca de su lesión del trabajo?

___ Sí ___ No

Sí es sí, recuerda las preguntas y su respuestas (o cualquier otros comentario que usted quisiera que el abogado sepa): _____

¿La compañía de seguros o su representante han echo que firme cualquier tipo de document(s)? ___ Sí ___ No

Sí es sí, explique: _____

¿Alguien que representa esta compañía de seguros le ofreció algún tipo de acuerdo propuesto? ___ Sí ___ No

Sí es sí, explique: _____

¿Ha recibido algún pago o cheques identificados como "Permanent Disability" (PD), o "Permanent Partial Disability" (PPD), o "Permanent Disability Advance" (PDA)? ___ Sí ___ No

¿Sí es sí, aproximadamente cual es la cantidad de dinero en cheques de incapacidad permanente que has recibido hasta el momento? \$ _____

8 OTRA INFORMACIÓN REQUERIDA:

Pagos por incapacidad:

Pagos de Temporary Disability

¿Cuánto tiempo de trabajo ha perdido usted a causa de su lesión en el trabajo? _____

¿Sigue sin trabajar por órdenes del medico? ___ Sí ___ No

¿Ha recibido Pagos de Temporary Disability? ___ Sí ___ No

¿Ha sido pagado por todo el tiempo que usted perdió del trabajo hasta el momento? ___ Sí ___ No

Si usted recibió TD, ¿cuál fue el monto semanal pagado? \$ _____

¿Está recibiendo estos pagos por incapacidad temporal en la actualidad? ___ Sí ___ No

Sí es no, ¿cuando se detuvieron? _____

¿Conoces la razón por cual los pagos por incapacidad han parado? _____

Pagos de State Disability Insurance (SDI)

¿Está recibiendo bneficios del SDI en la actualidad? ___ Sí ___ No

Sí es sí, la cantidad que es pagada semanalmente: \$ _____

¿Ha applicado para los pagos de SDI a causa de su lesión en el trabajo? ___ Sí ___ No

Comentarios: _____

¿Ha solicitado y/o recibido o estas recibiendo otros beneficios relacionados con su lesión de trabajo? Tal como tiempo o pago de vacaciones, tiempo o pago de enfermedad o del Seguro Social, SSI, beneficios de jubilación, largo o corto plazo los pagos Discapacidad, continuación de salario, o cualquier otro pago debido a su lesión de trabajo o enfermedad ... Por favor, explique o comenta acerca de otros beneficios o fondos:

Contactos de Otro(s) Abogado(s):

¿Ha consultado con otro abogado acerca de esta lesión o enfermedad de trabajo antes de hoy? ___ Sí ___ No

Sí es sí, indique el nombre y dirección del abogado: _____

Motivo de la consulta previa con otro abogado:

(Tal como tercera parte, Teminación Injusta la Discriminación, de fallos del equipo, maquinaria o herramientas, negligencia médica o para obtener asesoramiento sobre la pretension de este caso de Compensación a los Trabajadores) _____

¿Aceptó representación o firmo CUALQUIER papeleo de ese abogado? ___ Sí ___ No

¿Ha presentado ante la EEOC o una reclamación ADA? ___Sí ___No Sí es sí, explique:

¿Ha presentado una queja de la Unión? ___Sí ___No Sí es sí, explique: _____

SEGURO SOCIAL

¿Ha solicitado Seguro Soial por Incapacidad (SSDI)? ___Sí ___No

Sí es sí, ¿está usted recibiendo Medicare? ___Sí ___No Sí es sí, explique: _____

¿Está usted actualmente recibiendo Seguro Soial por Incapacidad (SSDI)? ___Sí ___No

Sí es sí, ¿está usted reibiendo Medicare? ___Sí ___No

Comentarios, si los hay: _____

IDIOMA INGLÉS

¿Inglés es su idioma principal? ___Sí ___No Sí es no, ¿Cuál es su idioma principal?: _____

Si el Inglés no es su idioma principal, ¿se siente usted necesita un intérprete para los procedimientos judiciales?

___Sí ___No

TENGA EN CUENTA:

Si usted siente que no save leer, hablar o escribir en Inglés efectivamente un intérprete puede ser arreglado para los procedimientos judiciales, declaraciones y evaluaciones médicas ... Pero entienda que tundra que llevar a un amigo, un familiar o a otra persona con usted a todas las reunions con su abogado o a otros contactos con esta oficina que sea capaz de hablar, leer y escribir Inglés eficientemente, También debe proveer un nombre y teléfono de contacto de alguien que habla Inglés a quien esta oficina puede ponerse en contacto por teléfono sobre su caso.

Por favor, firme el acuerdo: _____

Nombre de la persona(s) de contacto que ayudará en la traducción::

Relación: _____ Su número de teléfono(s) _____

Cualquier otra información de contacto que permita a esta oficina para comunicarse con usted: _____

¿Tiene alguna pregunta que usted necesita una respuesta con urgencia “inmediata”?

Usted puede usar este espacio para otra información no incluida en el cuestionario, para cualquier información que desee que el abogado estudie y este contenida en su archivo:

APÉNDICE DE INFORMACIÓN MÉDICA

DÉ LOS NOMBRES Y EL LUGAR DE TODOS LOS MÉDICOS, LAS CLINICAS, LOS HOSPITALES Y LOS LUGARES QUE HA SIDO VISTO O HA SIDO TRATADO PARA ESTA HERIDA DEL TRABAJO

TRATAMIENTO: NOMBRE

DIRECCION

TELEFONO

IRM, XRAY, EXAMENES DE LABORATORIO:

CONSULTAS, EVALUACIONES:

OTRO:
