



Declaración de hechos

Es necesario que responda las siguientes preguntas para que evaluemos su solicitud de reapertura. Use las hojas complementarias si necesita más espacio.

Nombre del trabajador	Número de reclamo
-----------------------	-------------------

Condiciones actuales

Mencione las áreas de dolor:			
¿Cómo empeoró su condición después del cierre?			
¿En qué forma se relaciona esto con su lesión industrial?			
¿Por qué desea reabrir su reclamo?			
¿Cuándo y con quién buscó tratamiento médico después del cierre de su reclamo?			
Nombre del proveedor:		Número de teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Fechas del tratamiento:			
Nombre del proveedor:		Número de teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Fechas del tratamiento:			

Use la hoja complementaria al reverso para añadir proveedores adicionales.

Historial de tratamiento

<i>Si responde que sí a alguna de las siguientes preguntas, proporcione la información del proveedor en la siguiente sección.</i>	
¿Ha tenido nuevas lesiones desde el cierre del reclamo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Buscó algún tratamiento?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Descripción de las lesiones:	
Fechas de las lesiones:	
¿Las nuevas lesiones son el resultado de un accidente automovilístico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fechas
¿Tiene reclamos con alguna otra compañía de seguros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Mencione los reclamos:	
Nombre de las compañías o aseguradoras:	

Nombre del trabajador	Número de reclamo
-----------------------	-------------------

Información sobre el proveedor

Nombre del proveedor:	Número de teléfono		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Fechas del tratamiento:			
Nombre del proveedor:	Número de teléfono		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Fechas del tratamiento:			
Nombre del proveedor:	Número de teléfono		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Fechas del tratamiento:			

Historial laboral

Nombre del empleador al momento de la lesión	Fecha de la lesión
--	--------------------

Mencione todos los empleadores que ha tenido desde su lesión

Nombre del empleador actual:		Número de teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Puesto:	Tareas del puesto:		
Fecha de empleo:			
¿Cuántas horas al día realizó las siguientes tareas?			
_____ Empujar o jalar	_____ Trabajar a alturas elevadas	_____ Escribir con un teclado	
_____ Levantar	_____ Arrodillarse	_____ Sujetar	
Empleador anterior:		Número de teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Puesto:	Tareas del puesto:		
Fechas del empleo: Del ___/___/___ al ___/___/___			
¿Cuántas horas al día realizó las siguientes tareas?			
_____ Empujar o jalar	_____ Trabajar a alturas elevadas	_____ Escribir con un teclado	
_____ Levantar	_____ Arrodillarse	_____ Sujetar	

Nombre del trabajador	Número de reclamo
-----------------------	-------------------

Empleador anterior::		Número de teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Puesto:	Tareas del puesto:		
Fechas del empleo: Del ___/___/___ al ___/___/___			
¿Cuántas horas al día realizó las siguientes tareas?			
_____ Empujar o jalar	_____ Trabajar a alturas elevadas	_____ Escribir con un teclado	
_____ Levantar	_____ Arrodillarse	_____ Sujetar	
Empleador anterior:		Número de teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Puesto:	Tareas del puesto:		
Fechas del empleo: Del ___/___/___ al ___/___/___			
¿Cuántas horas al día realizó las siguientes tareas?			
_____ Empujar o jalar	_____ Trabajar a alturas elevadas	_____ Escribir con un teclado	
_____ Levantar	_____ Arrodillarse	_____ Sujetar	

¿Está jubilado de la fuerza laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, fecha en la que se jubiló: _____
Mencione la razón para jubilarse:	
¿Recibe beneficios de Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, fecha de inicio de los beneficios: _____
Mencione la razón por la que tiene beneficios de Seguro Social:	
Si no trabaja actualmente, explique:	

Declaración del trabajador: Al firmar el presente, certifico bajo pena de perjurio y de conformidad con las leyes del estado de Washington que la información anterior es verdadera y correcta. Además, entiendo que una declaración falsa puede conllevar penas civiles o penales.

Firma:	Fecha
--------	-------

Nombre del trabajador	Número de reclamo
-----------------------	-------------------

Hoja complementaria

Proveedores adicionales

Nombre del proveedor:,		Número de teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Fechas del tratamiento:			
Nombre del proveedor:		Número de teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Fechas del tratamiento:			
Nombre del proveedor:		Número de teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Fechas del tratamiento:			

Empleadores adicionales

Empleador anterior::		Número de teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Puesto:	Tareas del puesto:		
Fechas del empleo: Del ___/___/___ al ___/___/___			
¿Cuántas horas al día realizó las siguientes tareas?			
_____ Empujar o jalar	_____ Trabajar a alturas elevadas	_____ Escribir con un teclado	
_____ Levantar	_____ Arrodillarse	_____ Sujetar	
Empleador anterior:		Número de teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Puesto:	Tareas del puesto:		
Fechas del empleo: Del ___/___/___ al ___/___/___			
¿Cuántas horas al día realizó las siguientes tareas?			
_____ Empujar o jalar	_____ Trabajar a alturas elevadas	_____ Escribir con un teclado	
_____ Levantar	_____ Arrodillarse	_____ Sujetar	