

SALCIDO
FAMILY MEDICINE
FRANCISCO SALCIDO, MD - BOARD CERTIFIED

REGISTRO PARA COMPESACIÓN DEL TRABAJADOR

EMPLOYEE INFO

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
Domicilio _____ Número de seguro social _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Número Telefónico _____ # de Emergencia _____

INFORMACIÓN DE LA LESIÓN

¿Donde sucedio? _____
¿Como sucedio? _____
¿Estaba usted en el trabajo? Si No Fecha cuando sucedió la lesión _____
¿Que parte del cuerpo se lesiono? _____

¿Quién lo dingió a esta oficina? _____
¿Habló con la aseguranza? Si No Fecha _____
¿Recibió tratamiento médico en otro lugar? Si No ¿Donde? _____

OFFICE USE ONLY:

EMPLOYER INFO

Employer _____ Ph # _____ Fax# _____
Address _____
Authorizing person _____ Title _____ Ph # _____
Drug Test Yes No Alcohol Yes No
If yes, do you have a lab or COC? Yes No DOT or Non DOT
Who is authorized to pay for drug testing? _____
Will company be filing Work Comp Claim? Yes No
If yes, complete info below.

INSURANCE INFO (IF FILING A CLAIM)

Work/Comp Carrier _____
Address _____ Ph # _____ Fax # _____
Adjuster _____ Ph # _____ Fax # _____
Claim # _____ DOI _____
Compensable injury/body part injured _____
Any disputes? _____
Policy # _____
Is this network policy? Yes No Name of Network _____