



FORMULARIO DE SOLICITUD: DISCAPACIDAD POR ACCIDENTE/ENFERMEDAD *SOLAMENTE para que lo complete el MÉDICO o la MÉDICA*

DOCTOR O DOCTORA TRATANTE: Complete toda la información exigida y sea específico. Conserve copia para su registro.

Fondo de Salud y Bienestar Local 1776 y Empleadores Participantes de UFCW
3031 B Walton Road
Plymouth Meeting, PA 19462
Tel: (610) 941-9400 Fax: (610) 941-9602

INFORMACIÓN SOBRE LA/EL PACIENTE

Fecha de la consulta:

Nombre del o de la paciente:	_____ / _____ / _____	
Dirección del o de la paciente:	Ciudad: _____	Estado: _____
Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____	Número de seguridad social: XXX-XX-_____	

Diagnóstico y afecciones conexas (incluidos códigos de diagnóstico ICD-9):

INFORMACIÓN SOBRE EMBARAZO

Fecha estimada de parto: _____ Complicaciones, de existir:

SE REQUIERE LLENAR ESTA SECCIÓN EN LA CONSULTA INICIAL

¿La afección se debe a una lesión o enfermedad derivada del empleo del o la paciente? Sí No

Proporcione una explicación:

Fecha en que ocurrió el accidente o aparecieron los primeros síntomas:

¿Cuándo consultó el/la paciente por primera vez por esta afección?

¿El o la paciente ha tenido en el pasado la misma afección o una similar? Sí No

Proporcione una explicación:

¿El o la paciente tiene comorbilidades u otras afecciones que contribuyan a la discapacidad? Sí No

En caso afirmativo, explique:

¿El paciente o la paciente informó sobre alguna otra cobertura (por ejemplo, seguro de automóvil u otro beneficio por discapacidad)? Sí No

En caso afirmativo, explique:

INFORME DE SERVICIOS (o adjuntar factura detallada)

Nota: Si se envió un formulario anterior al Fondo, indique solo las fechas y servicios desde el último informe

Fecha del servicio	Lugar del servicio Use los códigos que están abajo	Descripción de servicios médicos o quirúrgicos	Código de procedimiento Nombre si no corresponde a CPT

IO – Consultorio médico

OH – Hospital, consulta ambulatoria

H – Domicilio del o la paciente

OL – Otro lugar

IH – Hospital, consulta interna

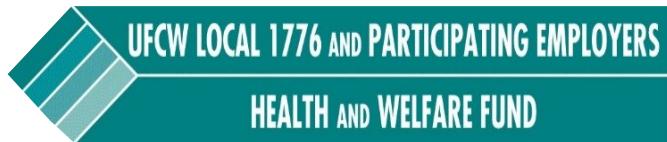
NH – Residencia de ancianos

SPU – Unidades para procedimientos breves

¿Al inicio del accidente o enfermedad hubo hospitalización del o la paciente? Sí No ¿Desde la última consulta? Sí No

Nombre del hospital: _____ Dirección del hospital: _____

Fecha de hospitalización: Desde: _____ Hasta: _____



FORMULARIO DE SOLICITUD: DISCAPACIDAD POR ACCIDENTE/ENFERMEDAD *SOLAMENTE para que lo complete el MÉDICO o la MÉDICA*

DOCTOR O DOCTORA TRATANTE: Complete toda la información exigida y sea específico. Conserve copia para su registro.

Nombre del o de la paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

PLAN DE TRATAMIENTO

¿Todavía atiende al o la paciente por esta afección? Sí No

Fecha de la próxima consulta programada:

¿Consulta o derivación a especialista? Sí No

Solo consulta Derivación/cogestión Se transfiere

Pruebas de diagnóstico Medicina física DME o suministros médicos Intervención quirúrgica

Medicación actual (indique dosis y frecuencia):

FUNCIONALIDAD Y CONDICIÓN LABORAL

¿El o la paciente tiene o tendrá discapacidad total y continua (no podrá trabajar)? Sí No

Desde: _____ Hasta: _____

¿El o la paciente tenía o tendrá que permanecer en su casa? Sí No Desde: _____ Hasta: _____

Si existe discapacidad, fecha anticipada para regresar al trabajo (no responda a determinarse o indeterminado):

¿Paciente de alta para volver a trabajar? Sí No Fecha: _____

En caso afirmativo: Sin restricciones Con restricciones

Si el alta es con restricciones, enumere restricciones específicas, limitaciones, horas o programa de regreso gradual al trabajo:

DOCTOR O DOCTORA: LEA Y FIRME DEBAJO:

Según lo dispuesto por la Resolución 69-595 del IRS (autoridad tributaria) estamos obligados a obtener su Número de Seguridad Social (Número de Identificación del Empleador en el caso de asociaciones, empresas y otros proveedores que no sean personas físicas) cuando otorguemos beneficios directamente. En consecuencia, complete la sección a continuación y envíe este formulario a la dirección antes indicada. Gracias por su cooperación.

Nº de seguridad social: - - -	Nº de identificación del empleador
Nombre del médico o la médica (en imprenta):	Título:
Dirección postal: Código postal:	Ciudad: _____ Estado: _____
Nº de teléfono	Nº de fax

Firma (médico o médica tratante)

Fecha

ESTE FORMULARIO SE DEBE ENVIAR A:

Fondo de Salud y Bienestar Local 1776 y Empleadores Participantes de UFCW
3031 B Walton Rd, Plymouth Meeting, PA 19462

Tel: 610-941-9400 Fax: 610 -941-9602

Página 2 de 2