



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 <small>Use los códigos que están abajo</small>	Descripción de servicios médicos o quirúrgicos	Código de procedimiento <small>Nombre si no corresponde a CPT</small>

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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Fecha de la próxima consulta programada:			
¿Consulta o derivación a especialista?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Solo consulta	<input type="checkbox"/> Derivación/cogestión	<input type="checkbox"/> Se transfiere	
<input type="checkbox"/> Pruebas de diagnóstico	<input type="checkbox"/> Medicina física	<input type="checkbox"/> DME o suministros médicos	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Desde:	Hasta:		
¿El o la paciente tenía o tendrá que permanecer en su casa?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Fecha:			
En caso afirmativo:	<input type="checkbox"/> Sin restricciones	<input type="checkbox"/> 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:	Ciudad:
Código postal:	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