

# WORKERS' COMPENSATION REGISTRATION

Central Coast Med Plus



Nombre (Apellido, Nombre, Inicial) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Sexo: M F Telefono de casa \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. Seguro Social \_\_\_\_\_

Empleado por \_\_\_\_\_ Quanto tiempo \_\_\_\_\_

Domicilio de empleo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Tipo de negocio de empleo \_\_\_\_\_ Su ocupacion \_\_\_\_\_

Donde Sucedio el Accidente (Domicilio) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Fecha del accidente \_\_\_\_\_ Hora aproximada \_\_\_\_\_ Tipo de lesion \_\_\_\_\_

Es su primer atencion medica para este problema? \_\_\_\_\_

Si no, en que fecha fue su primer atencion medica y nombre de medico \_\_\_\_\_

El ultimo dia que trabajo \_\_\_\_\_ Ha recibido atencion medica aqui anteriormente? \_\_\_\_\_

Paciente por favor complete esta seccion si no puede hacerlo, por favor doctor llenelo usted. El Hecho de que el paciente no pueda completar esta seccion no afectara sus derechos y beneficios de worker's compensation bajo el codigo del trabajo de California.

Describa como sucedio el accidente (de el nombre especifico del objeto, maquinaria o quimico).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## RESPONSABILIDAD FINANCIERA/AUTORIZACION DE ALOJAR EXPEDIENTE MEDICO

Como la persona responsable, yo estoy de acuerdo que todos los cargos que no sean cubiertos por la aseguranza seran mi responsabilidad. yo autorizo a Central Coast Urgentcare otorgar cualquier informacion medica, o financiera requerida por la aseguranza o mi compania de empleo sobre este reclamo solamente. yo afirmo que toda la informacion que yo doy es verdad y correcta. yo se que es un crimen dar datos que yo se son falsos, o de no poner datos que yo se son importantes.

Se me ofrecio el boletin informativo de Practicas de Privacidad.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Tratamiento autorizado por (Nombre y titulo): \_\_\_\_\_