



## Solicitud del Historial Medico

Trabajador/a Lesionado/a \_\_\_\_\_ Fecha de Lesion \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Proporcione su historial médico para asegurarse de que recibe la atención médica adecuada para su lesión en el trabajo.

Doctor Familiar / Medico de Cabezera y Otros Doctores Tratantes			
Nombre	Direccion	Telefono	Condicion que esta siento tratada

Medicamentos / Recetas			
Nombre	Descripcion/Proposito	Dosis	Medico quien receta

Hospitalizaciones y Procedimientos Quirurgicos			
Fecha(s)	Diagnostico/Tratamiento/Procedimiento	Medico	Hospital

Por favor marque para indicar si tiene o alguna vez tuvo cualquiera de las siguientes condiciones:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis              | <input type="checkbox"/> Embolia                         | <input type="checkbox"/> Problemas de espalda                |
| <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Úlceras pépticas o del estómago | <input type="checkbox"/> Problemas de rodilla, cadera, o pie |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Cálculos renales                | <input type="checkbox"/> Problemas de hombro, codo, o muñeca |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto       | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal                | <input type="checkbox"/> Túnel carpiano                      |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de tiroides | <input type="checkbox"/> Epilepsia (convulsiones)        | <input type="checkbox"/> Trastornos de coagulación sanguínea |
| <input type="checkbox"/> Cáncer - tipo: _____  | <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos             | <input type="checkbox"/> Condición psicológica               |

Envíenos el formulario completo por fax al 844-761-8402 o envíenoslo por correo electrónico a [claims@omahanational.com](mailto:claims@omahanational.com).

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_