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:

- ☐ Artritis
- ☐ Diabetes
- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Colesterol alto
- ☐ Trastorno de tiroides
- ☐ Cáncer – tipo: _____
- ☐ Embolia
- ☐ Úlceras pépticas o del estómago
- ☐ Cálculos renales
- ☐ Enfermedad renal
- ☐ Epilepsia (convulciones)
- ☐ Problemas cardiacos
- ☐ Problemas de espalda
- ☐ Problemas de rodilla, cadera, o pie
- ☐ Problemas de hombro, codo, o muñeca
- ☐ Túnel carpiano
- ☐ Trastornos de coagulación sanguinea
- ☐ Condición psicológica

Envíenos el formulario completo por fax al 844-761-8402 o envíenoslo por correo electrónico a claims@omahanational.com.

PARA SU PROTECCIÓN, LA LEY DE LUISIANA EXIGE QUE LO SIGUIENTE APAREZCA EN ESTE FORMULARIO:
LA FALTA DE RESPUESTA VERAZ/SINCERAMENTE PUEDE DAR LUGAR A LA PÉRDIDA DE LOS BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES EN VIRTUD DE LA NORMA R.S. 23:1208.1.

Firma _____ Fecha _____