



## 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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------

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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------

Proporcione una explicación:
------------------------------

¿El o la paciente tiene comorbilidades u otras afecciones que contribuyan a la discapacidad?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Desde la última consulta?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

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: _____ Estado: _____
Código postal: _____	
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