

**VANDER WEIT CHIROPRACTIC WELLNESS CENTER**  
**314 W. ROLLINS RD., STE. A**  
**ROUND LAKE BEACH, IL 60073**  
**847-546-4220**  
**Dr. Daniel M. Vander Weit**

---

**Forma de compensacion al trabajador**

**“Vital” esta forma debera ser llenada completamente antes de hacerce el reclamo!**

Nombre \_\_\_\_\_ Direccion \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ soltero/a \_\_\_\_\_  
Casado/a \_\_\_\_\_ Direccion de correo elec. (email) \_\_\_\_\_  
La fecha de hoy \_\_\_\_\_

1. Nombre y direccion del empleador \_\_\_\_\_
2. Su lesion es cubierta por su aseguranza? \_\_\_\_ Si, si nombre \_\_\_\_\_
3. Haz contactado a un abogado? \_\_\_\_ Si, si nombre y direccion \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Cuando y a que hora fue el accidente? \_\_\_\_\_
5. Viste al doctor de la compania? \_\_\_\_\_
6. A donde te llevaron despues del accidente? \_\_\_\_\_
7. Que tratamientos recibiste? \_\_\_\_\_
8. Consultaste a otro doctor? \_\_\_\_\_ Si, si quien \_\_\_\_\_
9. Cuanto tiempo estuviste recibiendo cuidados del otro doctor? \_\_\_\_\_
10. Donde sientes dolor? \_\_\_\_\_
11. Te habias lastimado esta area antes? \_\_\_\_\_ Si, si cuando \_\_\_\_\_
12. Habias tenido otros malestares o accidentes que afectaran tu trabajo? \_\_\_\_\_ que y cuando \_\_\_\_\_
13. Reportaste tu lesion a la compania o a tu supervisor? \_\_\_\_\_
14. A causa del accidente recibiste cortaduras o algun inpedimento fisico? \_\_\_\_ Si donde \_\_\_\_\_
15. Haz tenido algun tipo de sirugia anteriormente? \_\_\_\_\_ Si cual? \_\_\_\_\_
16. Antes de la lesion, eras capaz de trabajar igual que tus companeros de la misma edad? \_\_\_\_\_
17. Cuanto tiempo tienes trabajando para tu empleador? \_\_\_\_\_
18. Trabajas ahora? \_\_\_\_\_ O estas desabilitado? \_\_\_\_\_
19. Si estas desabilitado, cuando fue tu ultimo dia de trabajo? \_\_\_\_\_
20. Porfavor explicanos con detalle como y donde tomo lugar el accidente? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ACCEDER A PAGAR EN EL EVENTO QUE SU COMPENSACION SEA NEGADA:**

Si yo fallo al proceder con todo tipo de informacion y mis condiciones medicas al reclamo de compensacion, O si resulta que mi condicion no es compensable por el caso de compensacion al empleador. Yo me ago responsable a pagar los servicios o cuotas que se me asignen ami.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ (sello) #RM \_\_\_\_\_