



## AVISO A TODOS LOS EMPLEADOS

Nuestro compromiso es el de proveer beneficios de compensación laboral a todos los empleados que sufran una lesión relacionada con su trabajo, en cumplimiento de la ley vigente en Louisiana.

Si alguna lesión o discapacidad es causada, o se ve empeorada, por un trastorno médico “pre-existente”, **(nombre de la compañía)** podrá solicitar un reembolso parcial en dólares de los beneficios pagados a usted, o en su nombre, del Fondo de Lesión Secundaria de Louisiana. Dicho reembolso se hará a **(nombre de la compañía)** sin una reducción de los beneficios pagados a usted.

Para poder calificar para recibir un reembolso del Fondo de Lesión Secundaria, **(nombre de la compañía)** debe demostrar que el inicio o continuación de su empleo se realizó con conocimiento de su discapacidad pre-existente. Para establecer este hecho, **(nombre de la compañía)** exige que todos los empleados respondan el cuestionario adjunto.

La información obtenida mediante este cuestionario será tratada **CONFIDENCIALMENTE** y no formará parte del legajo personal del empleado. Al contestar el cuestionario adjunto usted debe recordar que...

**PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA PUEDE RESULTAR EN LA ANULACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO DE COMPENSACIÓN LABORAL ESTABLECIDOS POR LA LEY LA R.S. 23:1208.1.**

He leído el aviso anterior y he respondido al cuestionario adjunto de la mejor manera posible, de acuerdo a mi conocimiento e información.

**Escriba su nombre completo en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ Page 1 of 3



## CUESTIONARIO DE HISTORIA CLÍNICA DEL EMPLEADO PARA PROPÓSITOS DEL FONDO DE LESIÓN SECUNDARIA

**Por favor conteste las siguientes preguntas. Según corresponda, marque Sí o No con un círculo.**

1. ¿Alguna vez ha padecido una enfermedad o discapacidad a causa de su ocupación? **Sí** **No**  
Si su respuesta es **Sí**, por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
2. ¿Alguna vez ha recibido beneficios del seguro de compensación laboral por una lesión ocurrida en su trabajo? **Sí** **No**  
Si su respuesta es **Sí**, ¿cuándo ocurrió? \_\_\_\_\_  
¿Durante cuánto tiempo recibió usted compensación? \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
Tipo de lesión: \_\_\_\_\_
  
3. ¿Alguna vez ha sido rechazado al solicitar empleo, cobertura de seguro, o intentar enrolarse en el servicio militar debido a problemas de salud? **Sí** **No**  
Si su respuesta es **Sí**, por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
4. ¿Alguna vez ha tenido problemas o ha padecido lesiones en la espalda, cabeza, o cuello? **Sí** **No**  
Si su respuesta es **Sí**, por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
5. ¿Tiene usted alguna restricción o limitación en su actividad física? **Sí** **No**  
Si su respuesta es **Sí**, por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
6. ¿Qué tipo de cirugías, accidentes, fracturas, lesiones o enfermedades serias ha tenido usted?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ Page 2 of 3

¿Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades? Marque ( ) sí su respuesta es **Sí** o déjela en blanco si su respuesta es **No**.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> amputación (pie, pierna, brazo, mano o pérdida total del uso de los mismos)  | <input type="checkbox"/> pérdida del uso de extremidades  |
| <input type="checkbox"/> anquilosis de las articulaciones   | <input type="checkbox"/> trastornos mentales  |
| <input type="checkbox"/> arterioesclerosis  | <input type="checkbox"/> retraso mental   |
| <input type="checkbox"/> artritis   | <input type="checkbox"/> esclerosis múltiple  |
| <input type="checkbox"/> asma   | <input type="checkbox"/> distrofia muscular   |
| <input type="checkbox"/> problemas de espalda/cuello  | <input type="checkbox"/> trastornos nerviosos   |
| <input type="checkbox"/> daño cerebral  | <input type="checkbox"/> adormecimiento de miembros   |
| <input type="checkbox"/> cáncer   | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson  |
| <input type="checkbox"/> enfermedad cardíaca  | <input type="checkbox"/> discapacidad psiconeurótica (posterior a un tratamiento en una institución médica o mental reconocida) |
| <input type="checkbox"/> palsy cerebral   | <input type="checkbox"/> lesión por movimientos repetitivos   |
| <input type="checkbox"/> accidente cerebrovascular  | <input type="checkbox"/> discapacidad residual por poliomielitis  |
| <input type="checkbox"/> dolor de cabeza crónico  | <input type="checkbox"/> reumatismo   |
| <input type="checkbox"/> osteomielitis crónica  | <input type="checkbox"/> desgarró de disco intervertebral   |
| <input type="checkbox"/> enfermedades contagiosas   | <input type="checkbox"/> silicosis  |
| <input type="checkbox"/> secuela de aire comprimido   | <input type="checkbox"/> fijación de la columna vertebral   |
| <input type="checkbox"/> diabetes   | <input type="checkbox"/> derrame  |
| <input type="checkbox"/> epilepsia  | <input type="checkbox"/> glucosa en la orina  |
| <input type="checkbox"/> condición cardíaca   | <input type="checkbox"/> extirpación quirúrgica de disco intervertebral   |
| <input type="checkbox"/> envenenamiento con metal pesado  | <input type="checkbox"/> tromboflebitis   |
| <input type="checkbox"/> hemofilia  | <input type="checkbox"/> problemas de tiroides  |
| <input type="checkbox"/> presión sanguínea alta/baja  | <input type="checkbox"/> bloqueo articular de rodillas u hombros  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hodgkin  | <input type="checkbox"/> tuberculosis   |
| <input type="checkbox"/> hiperinsulinismo   | <input type="checkbox"/> venas varicosas  |
| <input type="checkbox"/> trastornos hepáticos   | <input type="checkbox"/> lesión por radiación ionizante   |
| <input type="checkbox"/> pérdida de la vista (en uno o en ambos ojos, o pérdida parcial de más de un setenta y cinco por ciento por falta de corrección en la visión) | <input type="checkbox"/> sordera  |

Si su respuesta es **Sí**, por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. ¿Sufre usted de algún otro problema de salud o condición física adversa de largo plazo? **Sí**   **No**

Si su respuesta es **Sí**, por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Escriba su nombre completo en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ Page 3 of 3