

Fondo De Segunda Lesión Cuestionario Para Empleado

Este formulario debe ser utilizado solamente luego de que el solicitante se ha convertido en una oferta de empleo condicional

Información Médica Confidencial

Estimado Empleado,

El Fondo de Segunda Lesión de Louisiana protege los puestos de trabajos. El comité alienta a todos los empresarios a la hora de contratar y retener a trabajadores cualificados que han sido heridos, tienen condiciones médicas pre-existentes o una restricción de trabajo.

Para solicitar protección del Fondo de Segunda Lesión, debemos demostrar que teníamos conocimiento de sus lesiones, condiciones médicas y accidentes. Si se lesiona en el trabajo, utilizaremos sus respuestas en este cuestionario para establecer nuestro conocimiento previo cuando hacemos una Fondo de Segunda Lesión reclamación.

Sus respuestas serán confidenciales y solo se utilizarán en los casos de compensación al trabajador para ayudar a determinar su capacidad para realizar las funciones esenciales de su trabajo y para hacer alojamientos razonables de empleo, cuando sea apropiado. Nuestro objetivo es hacer que nuestro trabajo sea más seguro para usted y todos los empleados.

Su Equipo de Gestión

Instrucciones para Empleado

- Pedir ayuda si no entiende una pregunta
- Debe responder todas las preguntas honestamente
- Utilizar una hoja de papel en blanco para explicar todas las "si" respuestas
- Firmar y poner fecha en todas las paginas

Por Favor Mencione lo Siguiente:

- Me han ofrecido un empleo como _____ Iniciales [____]
- Me siento físicamente capaz de hacer el trabajo que me ofrecieron. Iniciales [____]
- Entiendo que por razones de seguridad, este es un lugar de trabajo libre de drogas. Iniciales [____]
- Yo entiendo que yo podría tener que tomar una prueba de drogas al azar. Iniciales [____]
- **ME HAN [____] NO HAN [____]** garantizado trabajo a tiempo completo de 40 horas a la semana.
- Mi número de seguridad social _____ - _____ - _____

Su Firma _____ Fecha _____

Empleador Nombre _____

Empleador Firma _____ Fecha _____

Fondo De Segunda Lesión Cuestionario Para Empleado

Este formulario debe ser utilizado solamente luego de que el solicitante se ha convertido en una oferta de empleo condicional

Escriba Su Nombre _____ No. Teléfono: _____
Dirección _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Último empleador _____ Ciudad/Estado: _____ No. Tel.: _____
Médico familiar/clínica _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Último año de visita: _____ Condición: _____ No. Tel.: _____
Yo soy _____ pies y _____ pulgadas de altura. Yo peso _____ libras. Género: ____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Alguna vez ha tenido una fractura, huesos fracturados? Sí No Si la respuesta es sí, por favor liste todos hueso (s) fracturados.

Indicar si ha visto a un médico o ha sido tratado por cualquiera de las siguientes:

Dolor de espalda o lesiones?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> cuándo _____	Lesión en la cabeza?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> cuándo _____
Dolor de rodilla o lesiones?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> cuándo _____	Dolores de cabeza tipo migraña?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> cuándo _____
Dolor en el cuello o lesiones?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> cuándo _____	Dolor en el hombro o lesiones?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> cuándo _____
Disco roto?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> cuándo _____	Lesión de codo o brazo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> cuándo _____
Quemaduras graves?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> cuándo _____	Lesiones en la mano o muñeca?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> cuándo _____
Hernia?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> cuándo _____	Lesión de pierna, tobillo o del pie?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> cuándo _____

¿Alguna vez ha tenido cirugía? Sí No Si la respuesta es sí, por favor lista TODAS sus cirugías:

Indicar "sí" o "no" si usted tiene o ha tenido cualquiera de las condiciones siguientes:

Sí NO . Corazón / Coronaria Enfermedad incluyendo Arteriosclerosis, Fiebre Reumática, Tromboflebitis Carrera, Viñas Varicosas

Sí NO . Enfermedad Pulmonar Incluso EPOC, Asma, Asbestosis, Bronquitis, Enfisema, Tuberculosis, o Silicosis

Sí NO . Trastorno neurológico o muscular Incluyendo parálisis cerebral, Párkinson, Esclerosis Múltiple, Distrofia muscular, o Poliomielitís

Alergias Sí NO . Artritis Sí NO . Cáncer Sí NO . Diabetes Sí NO . Presión Arterial alta o baja Sí NO . Hepatitis Sí NO . Trastorno de la Sangre Sí NO . Epilepsia Sí NO . Fibromialgia Sí NO . Trastorno Renal Sí NO . Enfermedad hepática Sí NO . Pérdida de la Visión Sí NO . Pérdida de la Audición Sí NO . Dificultad de Aprendizaje Sí NO . Distrofia Simpática Refleja Sí NO . Enfermedad de los Ojos Sí NO . Tratamiento Psiquiátrico Sí NO . Trastorno de la Piel Sí NO . Trastorno Estomacal Sí NO . Cualquier lesión deportiva Sí NO . Cualquier lesión en el trabajo Sí NO . Lesiones por accidente de auto Sí NO . Lesión causada por cuchillo o disparo de arma Sí NO .

¿Tiene alguna otra condición médica? Sí NO . Si la respuesta es sí, por favor liste todas las demás condiciones:

¿Ha sido tratado por adicción de alcohol o de drogas? Sí NO . ¿Tiene o ha tenido alguna restricción de trabajo? Sí NO .

Ha aplicado para SSDI? Sí NO . Si la respuesta es sí, fecha aplicada _____ Fue aprobado para SSDI? Sí NO . Fecha aprobado _____

¿Ha tomado algún medicamento durante los últimos 12 meses? Sí NO Si la respuesta es sí, lista de todos los medicamentos que se ha tomado.:

ADVERTENCIA: Subsiguiente con LSA-R.S. 23:1208.1, Entiendo que mi fracaso para responder sinceramente a las preguntas anteriores puede dar como resultado la denegación o la pérdida de cualquier derecho que yo, o a mi cargo, pueden tener a beneficios de compensación para trabajadores, incluyendo tratamiento médico y gastos.

He de reconocer que he leído o me an leído el cuestionario y me doy cuenta de la 23:1208.1 advertencia

Su Firma _____

Fecha _____

Fondo De Segunda Lesión Cuestionario Para Empleado

Este formulario debe ser utilizado solamente luego de que el solicitante se ha convertido en una oferta de empleo condicional

Certificación de Conocimientos Previo para Empleador

La información proporcionada por este empleado es confidencial y sólo debe utilizarse en los casos de compensación al trabajador. Otros usos de esta información puede ser prohibida por la ley y que debe ser discutido con asesor corporativo.

Nuevos Empleados deben completar un cuestionario de Fondo de Segunda Lesión para Empleados. Tener todos los empleados actualizar su información cada año.

Todos los cuestionarios deben mantenerse en un archivo seguro y confidencial. Acceso a la información debe ser sobre la base de la necesidad de conocimiento de seguridad de trabajo, modificación del trabajo, compensación a los trabajadores y segunda lesión fines del fondo.

Consulte con un asesor profesional para el manejo adecuado y el almacenamiento de este cuestionario.

**Revisar las respuestas del empleado en cuestionario; ¿Fueron todas las preguntas respondidas?
NINGÚN ESPACIO EN BLANCO. EI EMPLEADO DEBE RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS.**

EMPLEADO DEBE EXPLICAR TODAS LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS

El empleado puede escribir su explicación sobre la página en blanco encontrada en el cuestionario o una hoja de papel en blanco. El empleado debe firma y poner fecha en las páginas con explicación. ¿Entiende sus respuestas y explicaciones? Hacer preguntas y mantener sus propias notas. Firmar y poner fecha a sus notas y adjuntar sus notas en el cuestionario. Mantener todos los documentos, cuestionario, las páginas de explicaciones y sus notas junto.

Es el empleado capaz de realizar las funciones esenciales del puesto de trabajo ofrecido sin peligro para sí mismo o para sus compañeros de trabajo? Preguntas acerca de la capacidad del empleado para realizar las funciones esenciales de su trabajo o de otro lugar de trabajo las preocupaciones por la seguridad debe ser discutido con su laboral médico de la compañía. *Siempre consulte con un asesor profesional para determinar qué otras medidas, si las hubiere, debe tomar.*

He revisado el cuestionario para empleados de Fondo de Segunda Lesión completado por [SS ID #] _____ y certifico que tengo tanto la autoridad y responsabilidad funcional de contratación y/o decisiones de terminación de empleo.

Su Firma _____

Fecha _____

Escriba Nombre _____