WORKERS' COMPENSATION QUESTIONNAIRE
Smith, Steiner, Vanderpool & Wax

Date/Fecha: _______________

Ref'd By/Recomendado por
- Union: ___________________________
- Attorney/Abogado: ___________________________
- Person/Persona: ___________________________

NOTE: IF YOU NEED MORE SPACE PLEASE USE REVERSE SIDE OF FORM, NOTING QUESTION #
Nota si necesita mas espacio use el lado de atras de la pagina, anotando el numero de la pregutna

(FILL OUT THIS FORM COMPLETELY)
(Complete este formulario por completo)

PART I - GENERAL INFO/Informacion General

1.FULL NAME/Nombre: (Mr. Mrs. Ms.)____

SPOUSE NAME/Nombre de Conyuge:____

2.STREET ADDRESS/Domicilio:_____________________________________ CITY/Ciudad_______________ZIP__________

3.TELEPHONE/Telefono: Home/Casa (_______)_______-_________ Cell/Pager (_______)_______-_________

Work/Trabajo (______)_______-__________ E-mail ____

4. SOC. SEC.# ________ - __________- _________ BIRTHDATE/Fecha de Nacimiento: _________-_________-_________

CA DRIVER'S LICENSE NO: Numero de Licencia de Manejo: ______________________________________

INTERPRETER?If yes, what language ______________________ Requiere Interprete?Que lenguaje? ________________________

NEAREST RELATIVE/FRIEND(**not living with you**)/Pariente o amigo **(que no viva con usted)**
Name/Nombre: ________________________________Relation/Relacion: ____________________________
Address/Domicilio:____Phone/Tel.: (_______)________- _________

5.DO YOU HAVE MEDI-CAL?/Tiene Medi-Cal? **[ ] Yes [ ] No** If yes, Medi-Cal #/Numero: ________________________

PART II - EMPLOYER AT TIME OF INJURY/Empleador en el tiempo que ocurrio la lesion

6. EMPLOYER/Empleador ____ PHONE/Tel: (______) ______-_______
ADDRESS/Domicilio:____CITY/Ciudad__________________ZIP____________

7. DATE OF HIRE/ _______________________ JOB TITLE___________________________________
Fecha de Contratacion Posicion/Ocupacion

PAY RATE/Salario: ___________________ NO. HOURS/WK/ Hrs. por semana:______________________________

JOB DUTIES/ Sus deberes/actividades en el trabajo:____

____

HAVE YOU BEEN TERMINATED/LAID OFF FROM THIS JOB? **[ ] Yes [ ] No**
Lo han despedido de ese trabajo? **[ ] Si [ ] No**
If yes, explain/ Por favor explique: ____

8. OVERTIME WORK?/ Trabajaba horas extras? **[ ] Yes [ ] No**
If yes, were you paid 1 ½ for overtime?/Le pagaban 1 ½ por el tiempo extra? **[ ] Yes [ ] No**
Actual earnings at time of injury?/ Salario en tiempo de la lesion? ____

9. NAME AND ADDRESS OF UNION/ ____
Nombre y domicilio de la union

10. DID YOU COMPLETE THE WORKER'S COMPENSATION CLAIM FORM AND GIVE IT TO YOUR EMPLOYER?
Completo la forma de reclamo y se lo entrego a su empleador? [ ]Yes (DATE/fecha) __________ [ ]No
DID YOUR EMPLOYER ANSWER (complete bottom portion of claim form) AND RETURN A COPY TO YOU?
Completo su empleador la parte de abajo de la forma y le dio una copia a usted?
[ ] Yes [ ] No

11. DID YOU RECEIVE A COPY OF THE COMPLETEDCLAIM FORM?
Recibio una copia ya completa de la forma de reclamo? **[ ] Yes**(Date: ___________) **[ ] No**

12. IF YOU ARE GOING TO A DOCTOR FOR THIS WORK INJURY, WAS THE DOCTOR SELECTED BY YOUR EMPLOYER? Si usted esta yendo a un doctor a causa de su lesion, fue este Dr. elegido por su empleador?
[ ] Yes [ ] No
IF NO, WAS THE DOCTOR SELECTED BY YOU? **[ ] Yes [ ] No**
Lo eligio usted?

13. WERE YOU ADVISED OF YOUR EMPLOYER/INSURANCE CO. MEDICAL PROVIDER NETWORK? Le informaron acerca de la Red de Proveedores Medicos de su empleador y/o compania de seguro? **[ ] Yes [ ] No**

14. DO YOU HAVE OBJECTIONS TO CHANGING YOU TO A DOCTOR OF OUR CHOICE? **[ ] Yes [ ] No**
Tiene algun inconveniente en cambiar a un doctor de su eleccion?

15. WERE YOU ADVISED OF YOUR RIGHT TO CHOOSE YOUR OWN DOCTOR FOR WORK INJURIES? Le informaron sobre su derecho a elegir su propio doctor para lesiones laborales? **[ ] Yes [ ] No**

PART III - OTHER EMPLOYERS/ Otros empleadores

16. DO YOU HAVE A SECOND JOB?/Tiene un segundo trabajo?: **[ ] Yes [ ] No**

17. CURRENT EMPLOYER/Actual empleador:____
If working, date of return to work______________________ If not, last date worked______________________
Si esta trabajando, fecha que regreso a trabajar:_________________ Si no, ultimo dia que trabajo: ____________________

18. **OTHER EMPLOYERS IN PAST YEAR/ Otros empleadores en años anteriores:**
NAME/Nombre:____ JOB TITLE/Ocupacion__________________________
ADDRESS/Domicilio:____ CITY___________________ ZIP___________
DATE OF HIRE/Fecha de contratacion: ____________________ PAY RATE/Salario_____________
NO. HOURS/WK/Horas. por semana: ______________________

PART IV - INJURY/ILLNESS INFORMATION - Informacion sobre la lesion o enfermedad

19. HAVE YOU EVER CONSULTED ANOTHER ATTORNEY ABOUT THIS INJURY/ILLNESS? **[ ] Yes [ ] No**
Ha consultado a otro abogado acerca de esta lesion o enfermedad?
IF YES, WHO? Si su respuesta fue "Si", a quien?: ____

20. DATE(S) OF INJURY/ILLNESS/Fecha de la lesion: ____
(If there is more than one date, please list/ Anote si hay mas de una fecha)
ADDRESS WHERE INJURY OCCURRED/Domicilio donde occurrio?____
TIME INJURY OCCURRED/Hora en que ocurrio: ____

21. PART(S) OF BODY INJURED/Partes del cuerpo lesionadas:____
TYPE OF INJURY/Tipo de lesion: ____
HOW DID INJURY/ILLNESS OCCUR?/Como ocurrio la lesion?____
____
____

22. RESPONSIBILITY FOR INJURY/ILLNESS/ Responsable de su lesion - ("X" where appropriate/Marque con una "X")
Employer/Patron ____ Fellow Employee/Compañero: ____ Unsafe Condition/ Condicion peligrosa: ____
Machine/Maquina: ____ Chemical Substance/Sustancia quimica: ____ Someone Else/Otra persona:____

Please explain if you "X" one or more of the above/Explique si marco mas de una "X" ____

PART V - MEDICAL TREATMENT FOR INJURY/ILLNESS- Tratamiento medico recibido

23. LIST PRESENT TREATING DOCTOR(S), DATE(S) LAST SEEN AND NATURE OF TREATMENT - Anote su Dr.actual, ultima vez que lo vio y tipo de tratamiento que le proporciono.

a. Dr.________________________Address/Domicilio____Phone______________
Date Last Seen/Ultima vez que lo visito__________________Treatment/Tratamiento:
____

b. Dr.________________________Address/Domicilio____Phone______________
Date Last Seen/Ultima vez que lo visito__________________Treatment/Tratamiento:
____

24. LIST ALL OTHER DOCTORS/HOSPITALS SEEN FOR THE INJURY/ILLNESS - Anote otros doctores y hospitales donde haya recibido tratamiento para su lesion.

Name/Nombre	Address/Domicilio	Phone #	Date Last Seen/ Ultima vez que lo visito
______________________________	______________________________	________________	_____________
______________________________	______________________________	________________	_____________
______________________________	______________________________	________________	_____________
______________________________	______________________________	________________	_____________

25. WERE YOU HOSPITALIZED OVERNIGHT?/Estuvo hospitalizado por mas de un dia? **[ ] Yes** **[ ] No**

PART VI - INSURANCE INFORMATION/ Informacion sobre la compania de seguro

26. NAME OF WORKERS' COMP INSURANCE CO/Nombre de Aseguranza:____

ADDRESS/Domicilio:____PHONE/Tel: _________________

NAME OF CLAIMS ADJUSTER/Ajustador, persona encargada de su caso:____

CLAIM NO(S)/Numero de caso: ____

HAS YOUR CLAIM BEEN DENIED? Fue su reclamo negado o rechazado? **[ ] Yes** **[ ] No**
IF YES, DATE OF DENIAL. Si su respuesta fue "si", indique la fecha en que fue negado. ______________________________

27. DO YOU HAVE PRIVATE MEDICAL INS?/Tiene aseguranza medica privada? **[ ] Yes** **[ ] No**
NAME/Nombre: _______________________________________

28. WHO PAID FOR YOUR MEDICAL TREATMENT? ("X" where appropriate)
Quien pago por los gastos del tratamiento recibido? (Marque con una "X")

Work Comp Ins Co._____ Seguro de Work. Comp. | Your Own Medical Ins ____ Su seguro medico | Medi-Cal___ | Yourself ____ Usted

29. PLEASE LIST ALL UNPAID MEDICAL BILLS RELATED TO THE INJURY/ILLNESS AND ALL MEDICAL BILLS PAID BY YOU AND NOBODY HAS REIMBURSED YOU -
Anote todas las cuentas medicas sin pagar que sean relacionadas a su lesion y todos los pagos medicos que usted haya hecho y no se le haya devuelto el dinero.

Unpaid/ Sin pagar	Paid By You (Not yet reimbursed)/Que usted pago y no se le devolvio el dinero
____	____
____	____
____	____
____	____

PART VII - INFORMATION FOR CALCULATION OF DISABILITY BENEFITS/ Informacion para calcular beneficios .

30. PERIODS YOU DID NOT WORK DUE TO THIS INJURY/ILLNESS - | PERIODS YOU RECEIVED WORK COMP BENEFITS -

(Periodos que no trabajo) (Periodos que recibio beneficios de Work. Comp.)

(Periodos que no trabajo)		(Periodos que recibio beneficios de Work. Comp.)	
From ____________	To____________	From______________	To______________
From ____________	To____________	From______________	To______________

31. HAVE YOU APPLIED FOR STATE DISABILITY? **[ ] Yes** **[ ] No**
Ha pedido beneficios de Incapacidad Estatal?

32. BENEFITS RECEIVED FROM OTHER SOURCES -Beneficios recibidos

	Dates	Amounts
State Disability/Incapacidad Estatal	________________________	_____________________
Unemployment/Desempleo	________________________	_____________________
Social Security/Seguro Social	________________________	_____________________
Long-Term DisabilityIncapacidad de largo plazo	________________________	_____________________
Retirement-Pension/Jubilacon	________________________	_____________________
Other/Otro: ___________________	________________________	_____________________

PART VIII- OTHER INJURIES/ILLNESSES/ Otras lesiones

33. HAVE YOU EVER HAD ANY OTHER ON-THE-JOB INJURIES/ILLNESSES? **[ ] Yes** **[ ] No**
Ha sufrido alguna otra lesion en su trabajo?

ANY PRIOR WORKER'S COMPENSATION CLAIMS? **[ ] Yes** **[ ] No**
Ha tenido algun reclamo previo de Indenminsacion Laboral (Workers' Comp.)?

Dates/Fechas	Parts of Body/Partes del cuerpo	How Occurred/Como ocurrio	Fully Recovered/ Recuperado
____________	__________________________	__________________________	______________
____________	__________________________	__________________________	______________
____________	__________________________	__________________________	______________

HAVE YOU HAD ANY OFF-THE-JOB INJURIES/ILLNESSES? **[ ] Yes** **[ ] No**
Ha sufrido lesiones fuera de su trabajo?

Dates/Fechas	Parts of Body/Parte del cuerpo	How Occurred/Como ocurrio	Fully Recovered/ Recuperado
____________	__________________________	______________________	___________________
____________	__________________________	______________________	___________________
____________	__________________________	______________________	___________________

LIST NAMES, ADDRESSES AND DATES OF ALL DOCTORS/HOSPITALS SEEN FOR EACH OF THE ABOVE INJURIES - Anote todos los nombres, domicilios y fecha de los doctores/hospitales que haya visto por cada una de las lesiones mencionadas. (Question #33)

Dates/Fechas	Doctors/Hospitals	Address/Domicilio
__________	_______________________________________	____
__________	_______________________________________	____
__________	_______________________________________	____
__________	_______________________________________	____

34. HAVE YOU EVER FILED A CLAIM OR LAWSUIT FOR A WORK INJURY OR PERSONAL INJURY? **[ ] Yes** **[ ] No**
Ha usted presentado una demanda o reclamo por una lesion laboral o personal?
If yes, explain/ Explique: ____

35. LIST OTHER MEDICAL CONDITIONS (Heart disease, arthritis, etc)/Anote otros problemas medicos
____
____

DOCTORS/HOSPITALS SEEN FOR ABOVE CONDITIONS/Doctores que haya visitado por lo mencionado anteriormente (Question #35)

Dates/Fecha	Doctors/Hospitals	Address/Domicilio
________	_________________________________	____
________	_________________________________	____
________	_________________________________	____