

# INFORME MÉDICO SOBRE ACCIDENTE O ENFERMEDAD INDUSTRIAL EN LUGAR DE TESTIMONIO

Departamento de Desarrollo Laboral  
 División de Indemnización Laboral  
 201 E Washington Ave., Rm. C100  
 P.O. Box 7901  
 Madison, WI 53707  
 Teléfono: (608) 266-1340  
 Fax: (608) 267-0394  
<https://dwd.wisconsin.gov/wc>  
 Correo: DWDDWC@dwd.wisconsin.gov

PRESENTADO EN NOMBRE DE:

EMPLEADO

EMPLEADOR O COMPAÑÍA DE SEGUROS

\*Facilitar su número de seguro social (Social Security Number, SSN) es voluntario. No facilitarlo puede causar un retraso en el trámite. El Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral (DWD) administra la Ley de Compensación al Trabajador, Capítulo 102 Wis. Stats. El propósito de este formulario es ayudar con la obtención de información relacionada con o requerida por el Capítulo 102. La cumplimentación de este formulario es voluntaria y la no cumplimentación de dicho formulario puede dar lugar a un retraso en la administración del Capítulo 102. El Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral (DWD) puede utilizar la información de identificación personal (PII) que obtiene de usted en este formulario para fines distintos de aquellos para los que se está recogiendo.

1. Número de reclamo de WC		Nombre del empleado	
Número de seguro social del empleado*		Dirección del empleado	
2. Nombre del empleador		3. Fecha del acontecimiento traumático	
Dirección del empleador		Compañía aseguradora de compensación laboral	
4. Describa el incidente o la exposición laboral a la cual el paciente atribuye su condición. (Basta con presentar copia de la historia clínica o notas que contengan esta información, siempre y cuando estén completas).			
5. Haga una descripción completa de la discapacidad física o mental y del diagnóstico. (Basta con presentar copia de la historia clínica o notas que contengan esta información, siempre y cuando estén completas y se limiten a la lesión laboral).			
6. ¿Trató al paciente? Si fue así, ¿entre qué fechas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No y		7. Fecha último examen o evaluación	8. Fecha de inicio incapacidad laboral
9. Fecha en que el lesionado fue o será capaz de volver a un tipo de trabajo limitado: Indique cualquier limitación temporal.			
10. Fecha en que el lesionado fue o podrá volver a trabajar a tiempo completo, sujeto únicamente a limitaciones permanentes: Indique cualquier limitación permanente.			
11. En su opinión, ¿es probable que el incidente del punto 4 haya causado directamente la discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		12. Si no es directamente, ¿es probable que el incidente señalado en el punto 4 haya causado la discapacidad por precipitación, agravamiento y aceleración de una condición preexistente de deterioro progresivo o degenerativo más allá de la progresión normal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
13. Si el paciente sufre una condición causada por un período de exposición considerable en el lugar de trabajo (del punto 4), ¿fue esa exposición la única causa de la afección, o al menos un factor causal, contribuyente y sustancial en la manifestación o la progresión de la afección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es así, indique la fecha en que comenzó la incapacidad laboral:	

14. ¿El accidente o la enfermedad laboral ha derivado en alguna incapacidad permanente?

Sí  No

15. Estime el porcentaje de incapacidad permanente del miembro, ojo u oído involucrado, o compárelo con la incapacidad total permanente si la lesión es en el torso o la cabeza, causada por el accidente o la exposición laboral descritos en el punto 4.

16. ¿Qué elementos constituyen una discapacidad permanente (limitación del movimiento, deformidad, debilidad, dolor, falta de resistencia o sintomatología, por ejemplo, isoiconias, fototoxicidad, enfermedad hepática)? Si hay limitación de movimiento, describa la naturaleza y el porcentaje de limitación de cada parte del miembro afectado. (Realice estimaciones sobre movimientos voluntarios, no pasivos). Si es amputación, indique el punto exacto en que se amputó el hueso y si el muñón es sensible o resistente.

17. ¿Cuál es el pronóstico de esta discapacidad? Si está bajo pronóstico reservado, explique:

18. ¿Considera que se requerirá algún tratamiento adicional para esta condición?

Sí  No Si Sí, explique:

19. Antes de este accidente o enfermedad, ¿tenía el empleado alguna discapacidad permanente?

Sí  No Si Sí, explique:

20. Soy médico autorizado y ejerzo en Wisconsin.

**CERTIFICACIÓN:**

Nombre en letra de imprenta:

Certifico, bajo penalidad de multa o prisión, según lo dispuesto en la sección 943.39 de los Estatutos de Wisconsin, que el informe anterior contiene la historia verdadera y correcta, mis hallazgos, el diagnóstico y mi opinión.

Dirección del médico (calle o apartado postal):

Dirección del médico (ciudad, estado y código postal):

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

Número de teléfono:

( ) -

Universidad:

Si no tiene licencia y ejerce en Wisconsin, indique de dónde es la licencia del médico y dónde ejerce:

**IMPORTANTE:** La Sección 102.17(1)(d) de los Estatutos de Wisconsin establece que el contenido de los informes médicos y quirúrgicos certificados que presenten las partes constituirá evidencia *prima facie* en cuanto a la causa médica allí contenida. Los informes deben presentarse ante el departamento y las otras partes quince días antes de la fecha de la audiencia para que sean aceptables como evidencia. De no ser así, será necesario convocar al médico para que rinda testimonio oral en el momento de la audiencia.