

**COMPENSACION A LOS TRABAJADORES DE LOUISIANA
SEGUNDA JUNTA DE LESION**

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO LABORAL SUBSIGUIENTE/OFERTA DE TRABAJO CONDICIONAL

EMPLEADO: La intención de este cuestionario es proporcionar a su empleador conocimiento sobre cualquier afección médica o discapacidad preexistente que puede darle derecho a su empleador a reembolso de la Compensación a los Trabajadores de Louisiana Segunda Junta de Lesión en caso que sufra una lesión en el trabajo.¹ Este reembolso no afecta de ninguna manera los beneficios adeudados a usted por su empleador o su compañía de seguros bajo el Acta de Compensación a los Trabajadores de Louisiana. La. R.S. 23:1021-1361. Sin embargo, si usted no contesta con veracidad y/o correctamente a cualquier pregunta en este cuestionario puede resultar en una pérdida de sus beneficios de compensación a los trabajadores.

Para que su empleador pueda ser considerado para el reembolso de la Segunda Junta de Lesión, tiene que demostrar que usted fue contratado o retenido en el trabajo con conocimiento de una afección médica o discapacidad preexistente. Para establecer su conocimiento, su empleador debe solicitar que usted complete este cuestionario.

INSTRUCCIONES: Por favor, conteste TODAS las preguntas de forma completa. Si una respuesta requiere una explicación, por favor proporcione una breve descripción en la Página de Explicación. Si tiene cualquier pregunta o necesita ayuda para responder a las preguntas de este formulario, por favor solicite ayuda al Representante del Empleador que firmó este formulario.

NOTA: Dado que este cuestionario contiene información médica, usted puede solicitar que el formulario se mantenga CONFIDENCIAL y no forme parte de su expediente personal/archivo personal. Por favor, hágale saber a su empleador que usted desea que su cuestionario completo sea colocado en un folder sellado para propósitos de confidencialidad.

ADVERTENCIA AL EMPLEADO

LA FALTA DE RESPUESTA VERAZ Y/O CORRECTA A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS DE ESTE FORMULARIO PUEDE RESULTAR EN LA CONFISCACION DE SUS BENEFICIOS DE COMPENSACION A LOS TRABAJADORES BAJO LA LEY La. R.S. 23:1208.1.

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Firma del Representate del Empleador: _____ Fecha: _____

Nombre del Empleador: _____

Nombre del Empleado: _____

Fecha de Nacimiento (mes/dia/año): _____ Hombre: Mujer:

Seguro Social (solamente los últimos 4 dígitos): _____

Dirección de Domicilio: _____

Número de Teléfono: (_____) _____

¹ Bajo la Ley La. R.S. 23:1371(A), el propósito de la Segunda Junta de Lesión es motivar el empleo, el re-empleo, o la retención de los empleados que tienen una discapacidad parcial permanente.

Enfermedades y Otras Condiciones Médicas que Usted tiene actualmente o que ha tenido.

Para todas las condiciones que usted marque Sí (S), escriba una breve explicación en la Página de Explicación.

[Por favor, ponga una marca en la casilla apropiada inmediatamente al lado de cada condición médica que se enumera a continuación. Cada enfermedad o condición médica requiere de un Sí (S) o un No (N) por respuesta.]

S N	S N	S N	S N
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón/Ataque Cardíaco
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Silicosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Venas Varicosas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Daño Cerebral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pérdida de la Visión, de uno o de ambos ojos
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asbestosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estrés Postraumático	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Incapacidad debido a la Polio
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hiperinsulinismo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Osteomielitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Demencia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Discapacidad Psiconeurótica
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastorno Nervioso	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tromboflebitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Disco Roto o Herniado
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arteriosclerosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anquilosis o Rigidez Articular
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pérdida Auditiva	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza producidos por la Migraña	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hodgkin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta/Baja
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> COPD:Enfermedad de Obstrucción Pulmonar Crónica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Síndrome del Túnel Carpiano
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastorno Renal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Visión Doble	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Secuela de Aire Comprimido
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Traumatismo Craneal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pérdida del Uso de la Extremidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos Mentales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad del Pulmón
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de las Arterias Coronarias
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de Células Falciformes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sangrado, Trastorno Hemorrágico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Envenenamiento por los Metales Pesados

Tratamiento Quirúrgico [Por favor, marque la casilla apropiada. Cada enfermedad/lesión requiere de una respuesta Sí (S) o No (N).] Para cada respuesta Sí (S), por favor complete la información correspondiente a la cirugía en el lado derecho. Información adicional puede ser proporcionada en la Página de Explicación, si es necesario.

S N

- Cirugía del Disco Espinal Año (aproximado si no está seguro) _____
- Cirugía de Fusión Espinal Año (aproximado si no está seguro) _____
- Pie Amputado Izquierdo Derecho Año (aprox. si no está seguro) _____
- Pierna Amputada Izquierda Derecha Año (aprox. si no está seguro) _____
- Brazo Amputado Izquierdo Derecho Año (aprox. si no está seguro) _____
- Mano Amputada Izquierda Derecha Año (aprox. si no está seguro) _____
- Reemplazo de la Rodilla Izquierda Derecha Año (aprox. si no está seguro) _____
- Reemplazo de la Cadera Izquierda Derecha Año (aprox. si no está seguro) _____
- Otro reemplazo de Articulación Articulación _____ Año _____
- Otro Procedimiento Quirúrgico Procedimiento _____ Año _____
- Otro Procedimiento Quirúrgico Procedimiento _____ Año _____
- Otro Procedimiento Quirúrgico Procedimiento _____ Año _____
- Otro Procedimiento Quirúrgico Procedimiento _____ Año _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Representante del Empleador: _____ Fecha: _____

PAGINA DE EXPLICACION

Por favor, use el espacio a continuación para explicar las enfermedades y/o condiciones que usted marcó como Sí (S) u cualquier otra(s) condición(es) médica(s) que no esté en la lista de este formulario. Pídale a su empleador copias adicionales de esta página, si es necesario.

CONDICIÓN: _____ Año del Diagnóstico (aprox): _____

¿Todavía está usted bajo tratamiento por esta condición? Sí No

¿Está usted tomando medicinas por esta condición? Sí No

¿Tiene usted cualquier restricción permanente por esta condición? Sí No

Explicación Breve: _____

CONDICIÓN: _____ Año del Diagnóstico (aprox): _____

¿Todavía está usted bajo tratamiento por esta condición? Sí No

¿Está usted tomando medicinas por esta condición? Sí No

¿Tiene usted cualquier restricción permanente por esta condición? Sí No

Explicación Breve: _____

CONDICIÓN: _____ Año del Diagnóstico (aprox): _____

¿Todavía está usted bajo tratamiento por esta condición? Sí No

¿Está usted tomando medicinas por esta condición? Sí No

¿Tiene usted cualquier restricción permanente por esta condición? Sí No

Explicación Breve: _____

CONDICIÓN: _____ Año del Diagnóstico (aprox): _____

¿Todavía está usted bajo tratamiento por esta condición? Sí No

¿Está usted tomando medicinas por esta condición? Sí No

¿Tiene usted cualquier restricción permanente por esta condición? Sí No

Explicación Breve: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Firma del Represente del Empleador: _____ Fecha: _____

Por favor, conteste las siguientes preguntas:

1. Alguna vez, algún doctor ha restringido sus actividades? Sí No
Si es "Sí," por favor haga una lista de sus restricciones: _____
¿Eran las restricciones: Permanentes _____ Temporales _____
¿Está usted con alguna restricción en este momento? Sí No
¿Cual es la condición médica por la cual usted esta restringido? _____

2. ¿Está usted actualmente siendo tratado por un médico, quiropráctico, psiquiatra, psicólogo, u otro proveedor de los cuidados de la salud? Sí No

Por favor, enumere las condiciones médicas por las cuales usted está siendo tratado: _____

Nombre del Médico: _____ Especialidad: _____

Dirección del Médico: _____

3. Si usted está actualmente tomando alguna otra prescripción médica diferente a aquellas en la lista de la Página de Explicación, por favor complete a continuación, la información requerida:
- Medicinas: _____ Médico que la recetó: _____
- Medicinas: _____ Médico que la recetó: _____

4. ¿Ha tenido usted alguna vez un accidente en el trabajo? Sí No
Si usted contestó que "Si," por favor, proporcione la fecha de cada accidente y la naturaleza de la lesión:

¿Por cuanto tiempo estuvo usted recibiendo compensación? _____

Nombre del Empleador: _____

5. ¿Ha recomendado el médico un procedimiento quirúrgico, el cual no ha sido completado previamente a esta fecha, incluyendo pero no limitado al reemplazo de la rodilla, cadera u hombro? Sí No
Si usted contestó que SI, por favor proporcione la siguiente información:

Cirugía recomendada: _____

Fecha aproximada de la recomendación: _____

Nombre del Médico: _____ Especialidad: _____

Dirección del Médico: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Firma del Representante del Empleador: _____ Fecha: _____

ADVERTENCIA AL EMPLEADO

AL NO CONTESTAR EN FORMA VERDADERA Y/O CORRECTAMENTE A CUALQUIERA DE ESTAS PREGUNTAS EN ESTE FORMULARIO PUEDE RESULTAR EN LA PERDIDA O LA CONFISCACION DE LOS BENEFICIOS DE COMPENSACION A LOS TRABAJADORES BAJO LA R.S 23:1208.1.

Yo he completado este formulario en forma honesta y usando la mayor capacidad de mi conocimiento. Yo entiendo que si entrego información falsa u omito información pertinente, podría resultar en la pérdida de mis beneficios de la Compensación a los Trabajadores, en caso de recibir una herida/lesión o heridas/lesiones en el lugar de trabajo.

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso del Empleado: _____

ADVERTENCIA AL EMPLEADOR

DE ACUERDO CON La. R.S. 23:1208, DE EL ACTA DE COMPENSACION A LOS TRABAJADORES DE LOUISIANA, DEBE SER ILEGAL PARA UNA PERSONA, CON EL FIN DE OBTENER O ELIMINAR CUALQUIER PAGO DE BENEFICIOS BAJO LAS DISPOSICIONES DE ESTE CAPITULO, YA SEA PARA SI MISMO O PARA CUALQUIER OTRA PERSONA, HACER UNA DECLARACION Y/O ARGUMENTOS FALSOS INTENCIONALMENTE. LAS SANCIONES POR VIOLACIONES COMO ESTAS INCLUYEN PRISION, MULTAS Y/O LA PERDIDA DE LOS BENEFICIOS.

Usted debe certificar lo siguiente:

1. Que yo soy un representante autorizado del empleador designado para obtener y revisar la información proporcionada por el empleado en este cuestionario;
2. Que he proporcionado al empleado con tantas copias como sea necesario de la Página de Explicación y he confirmado el número y etiquetado las páginas de este cuestionario;
3. Que he proporcionado asistencia al empleado (si es requerida) en responder a las preguntas en este cuestionario;
4. Que la información solicitada por esta autorización se realice en un solicitante para el empleo, sólo después de que una oferta condicional de trabajo haya sido hecha y aceptada, o a un empleado actual; y
5. Que la información obtenida en esta autorización **NO** será usada para discriminar de cualquier manera contra el individuo que es el sujeto de esta autorización en cualquier base, bajo la violación del Acta del año 1990 de los Americanos con Discapacidades, 42 U.S.C. §12101, *et seq.*, o cualquier otra ley estatal o federal;
6. Que si es requerido, una fotocopia de este formulario completamente lleno y firmado, será proporcionado al empleado.

Firma del Representate del Empleador: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso del Representante del Empleador: _____

Título: _____