



1001 North 23<sup>rd</sup> Street  
Post Office Box 44187  
Baton Rouge, LA 70804-4187

(O) 225-342-7866  
800-201-2493  
(F) 225-219-5968

**Bobby Jindal**, Governor  
**Curt Eysink**, Executive Director

**Office of Workers' Compensation Administration  
Second Injury Board**

**Cuestionario de conocimientos de LA OWCA Second Injury Board**

El siguiente cuestionario debiera ser completado solamente por individuos que han sido contratados para trabajar. Su patrono puede pedirle que complete este cuestionario después de su contrato inicial y periódicamente posteriormente.

El cuestionario puede usarse en establecer conocimiento anterior con el fin de obtener ayuda del Second Injury Fund de la Second Injury Board. La Second Injury Board puede reembolsar a su patrono por reclamaciones de compensación al trabajador que satisfacen ciertos criterios en el caso de que se lesionara en el trabajo. El reembolso no afecta de modo alguno los beneficios que su patrono le debe por su compañía de seguros bajo la Ley de Compensación a los Trabajadores de Louisiana, La. R.S. 23:1021-1361.

**ADVERTENCIA**

**FALLO EN CONTESTAR CON VERACIDAD Y CORRECTAMENTE CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS DE ESTE FORMULARIO PUDIERA RESULTAR EN UNA PÉRDIDA DE DERECHOS A SUS BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR BAJO LA R.S. 23:1208.1.**

Patrono: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_ Varón:  Hembra:

Soc. No. de Sec. (solamente los 4 últimos dígitos): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo del patrono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

PÁGINA \_\_\_\_ DE \_\_\_\_  
**FORMULARIO SIB D 12/10**

Por favor, coloque una marca en la casilla apropiada al lado de cada enfermedad listada a continuación. Cada enfermedad o afección requiere una respuesta Sí (S) o No (N). Para todas las enfermedades que marque con "sí", escriba una breve explicación en la Página de Explicaciones.

**Enfermedad y otras afecciones médicas** [Por favor, marque la casilla apropiada. Cada enfermedad/lesión requiere una respuesta Sí (S) o No (N).

S N	S N	S N	S N
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral infantil	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Cardiopatía/Ataque al corazón
<input type="checkbox"/> Silicosis	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Parkinson's	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva
<input type="checkbox"/> Varices	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Lesión cerebral	<input type="checkbox"/> Pérdida de visión en uno o dos ojos
<input type="checkbox"/> Asbestosis	<input type="checkbox"/> Síndrome de estrés posttraumático	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Discapacidad de Polio
<input type="checkbox"/> Hiperinsulinemia	<input type="checkbox"/> Osteomielitis	<input type="checkbox"/> Demencia	<input type="checkbox"/> Discapacidad psiconeurótica
<input type="checkbox"/> Alzheimer's	<input type="checkbox"/> Enfermedad nerviosa	<input type="checkbox"/> Tromboflebitis	<input type="checkbox"/> Hernia de disco
<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Distrofia muscular	<input type="checkbox"/> Arterioesclerosis	<input type="checkbox"/> Anquilosis o rigidez articular
<input type="checkbox"/> Sordera parcial	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> Hodgkin's	<input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta/baja
<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Retraso mental	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Síndrome de túnel carpiano
<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Visión doble	<input type="checkbox"/> Secuela de aire comprimido
<input type="checkbox"/> Traumatismo craneal	<input type="checkbox"/> Pérdida del uso de una extremidad	<input type="checkbox"/> Trastornos mentales	<input type="checkbox"/> Enfermedad del pulmón
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica
<input type="checkbox"/> Infarto cerebral	<input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica	<input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/> Envenenamiento con metales pesados

**Tratamiento quirúrgico** [Por favor, marque la casilla apropiada. Cada enfermedad/lesión requiere una respuesta Sí (S) o No.]

S N

- Cirugía de disco intervertebral Año (aproximado si no tiene seguridad) \_\_\_\_\_
- Cirugía de fusión de disco intervertebral Año (aproximado si no tiene seguridad) \_\_\_\_\_
- Pie amputado Izquierdo  Derecho  Año (aproximado si no tiene seguridad) \_\_\_\_\_
- Pierna amputada Izquierda  Derecha  Año (aproximado si no tiene seguridad) \_\_\_\_\_
- Brazo amputado Izquierdo  Derecho  Año (aproximado si no tiene seguridad) \_\_\_\_\_
- Mano amputada Izquierda  Derecha  Año (aproximado si no tiene seguridad) \_\_\_\_\_
- Artroplastia de rodilla Izquierda  Derecha  Año (aproximado si no tiene seguridad) \_\_\_\_\_
- Artroplastia de cadera Izquierda  Derecha  Año (aproximado si no tiene seguridad) \_\_\_\_\_
- Artroplastia de otras articulaciones Articulación \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_
- Otra intervención quirúrgica Intervención \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo del patrono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## PÁGINA DE EXPLICACIONES

Por favor, use el espacio a continuación para explicar las enfermedades y/o afecciones que usted marcó con un Sí (S) o cualquier otra afección médica que no aparezca en este formulario. Pida a su patrono copias adicionales de esta página si las necesita.

CONDICIÓN: \_\_\_\_\_ Año del diagnóstico (aprox): \_\_\_\_\_

¿Se está tratando aún por esta afección? Sí  No

¿Está tomando medicamentos para esta afección? Sí  No

¿Tiene cualquier restricción permanente por esta condición? Sí  No

Breve explicación: \_\_\_\_\_

---

CONDICIÓN: \_\_\_\_\_ Año del diagnóstico (aprox): \_\_\_\_\_

¿Se está tratando aún por esta afección? Sí  No

¿Está tomando medicamentos para esta afección? Sí  No

¿Tiene cualquier restricción permanente por esta condición? Sí  No

Breve explicación: \_\_\_\_\_

---

CONDICIÓN: \_\_\_\_\_ Año del diagnóstico (aprox): \_\_\_\_\_

¿Se está tratando aún por esta afección? Sí  No

¿Está tomando medicamentos para esta afección? Sí  No

¿Tiene cualquier restricción permanente por esta condición? Sí  No

Breve explicación: \_\_\_\_\_

---

CONDICIÓN: \_\_\_\_\_ Año del diagnóstico (aprox): \_\_\_\_\_

¿Se está tratando aún por esta afección? Sí  No

¿Está tomando medicamentos para esta afección? Sí  No

¿Tiene cualquier restricción permanente por esta condición? Sí  No

Breve explicación: \_\_\_\_\_

---

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo del patrono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor, conteste las siguientes preguntas.

1. ¿Le ha restringido alguna vez cualquier doctor sus actividades?      Sí       No

En caso afirmativo, por favor, liste las restricciones: \_\_\_\_\_

¿Fueron las restricciones: Permanentes \_\_\_\_ Temporales \_\_\_\_

- ¿Está restringido en la actualidad?      Sí       No

¿Cuál es la afección médica por la que está restringido? \_\_\_\_\_

2. ¿Está siendo tratado en la actualidad por un médico, quiropráctico, psiquiatra, psicólogo u otro proveedor de asistencia sanitaria?      Sí       No

Por favor, liste la afección médica que se está tratando: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Dirección del médico: \_\_\_\_\_

3. Si usted está tomando en la actualidad medicamentos de receta distintos de los listados en la Página de Explicación, por favor, complete la información solicitada a continuación.

Medicamento: \_\_\_\_\_ Médico recetante: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Médico recetante: \_\_\_\_\_

4. ¿Ha tenido alguna vez un accidente de trabajo?      Sí       No

Si contestó afirmativamente, por favor, proporcione la fecha para cada lesión y la naturaleza de la lesión:

\_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo estuvo recibiendo compensación? \_\_\_\_\_

Nombre del patrono: \_\_\_\_\_

5. ¿Ha recomendado un médico un procedimiento quirúrgico, que no ha sido completado antes de esta fecha, incluyendo pero sin limitarse a la sustitución de la rodilla, cadera u hombro?      Sí       No

Si contestó AFIRMATIVAMENTE, por favor, proporcione:

Cirugía recomendada: \_\_\_\_\_

Fecha aproximada de la recomendación: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Dirección del médico: \_\_\_\_\_

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo del patrono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## ADVERTENCIA

**FALLO EN CONTESTAR CON VERACIDAD Y CORRECTAMENTE CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS DE ESTE FORMULARIO PUDIERA RESULTAR EN UNA PÉRDIDA DE DERECHOS A SUS BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR BAJO LA R.S. 23:1208.1.**

**He completado este formulario honestamente y a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información falsa u omitir información pertinente pudiera resultar en la pérdida de mis beneficios de compensación al trabajador si me lesionara en el trabajo.**

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso del empleado: \_\_\_\_\_

**Soy un representante autorizado del patrono designado para obtener y revisar la información proporcionada por el empleado en este cuestionario. He confirmado que el empleado entiende las consecuencias asociadas a proporcionar información u omitir información pertinente. He confirmado que el empleado es capaz de leer y entender la información presentada en este cuestionario o he leído personalmente el cuestionario al empleado. He proporcionado al empleado tantas copias de la Página de Explicaciones como fueron necesarias. He confirmado el número y numerado las páginas de este cuestionario.**

Testigo del patrono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso del testigo del patrono: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_