

STATE OF CALIFORNIA
Division of Workers' Compensation
Disability Evaluation Unit

EJEMPLO

EMPLOYEE'S DISABILITY QUESTIONNAIRE



DEU Use Only

This form will aid the doctor in determining your permanent impairment or disability. Please complete this form and give it to the physician who will be performing the evaluation. The doctor will include this form with his or her report and submit it to the Disability Evaluation Unit, with a copy to you and your claims administrator.

*(Por favor, use la forma del lenguaje en Inglés.
Esta forma en Español es solo un ejemplo.)*

Employee

Escriba el primer nombre del empleado
First name

Primera inicial del
Segundo Nombre
MI

Escriba el apellido del empleado
Last Name

Escriba el número de Seguro Social del empleado
SSN (Numbers Only)

Dirección del empleado (Por favor deje espacios entre números, nombres y palabras)
Street Address 1/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

Segunda dirección del empleado (Sólo si aplica)
Street Address 2/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

Dirección internacional del empleado (Sólo si aplica)
International Address (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

Ciudad
City

Estado
State

Código Postal
Zip Code

Date of Birth Fecha de Nacimiento
MM/DD/YYYY

*Escriba fechas usando mes/día/año

Date of Injury Fecha de la lesión
MM/DD/YYYY

ej: 01/28/2009

Nombre del empleador
Employer

La clase de negocio del empleador
Nature of Employers' Business

Claim Number 1 Primer número de reclamo

Claim Number 2 Segundo número de reclamo (Sólo si aplica)

Claim Number 3 Tercer número de reclamo (sólo si aplica)

Claim Number 4 Cuarto número de reclamo (sólo si aplica)

Claim Number 5 Quinto número de reclamo (sólo si aplica)

PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS FULLY:

How was your evaluating doctor selected? (check one) *Indique cómo seleccionó el médico evaluador*

De una lista de médicos proporcionada por el Estado de California, División de Compensación de Trabajadores
From a list of doctors provided by the State of California, Division of Workers' Compensation.

Other (explain) *Explique si obtuvo el médico evaluador de otra manera*

What is the name of the doctor who will be doing the evaluation? *Nombre del médico que realizará la evaluación*

When is your examination scheduled? *Escriba la fecha de la evaluación*

What were your job duties at the time of your injury?

Indique sus tareas laborales al momento de su lesión

What is the disability resulting from your injury?

Indique la incapacidad que tiene a causa de su lesión

How does this injury affect you in your work?

Indique de que manera la lesión afecta su trabajo

Have you ever had a disability as a result of another injury or illness? *Indique se ha tenido alguna incapacidad*
a causa de alguna lesión o enfermedad

If so, when? *De ser así, indique cuando*

Please describe the disability?

Describe la incapacidad

Date *Fecha de hoy*
MM/DD/YYYY

Signature *Su Firma*