

**Primary Care Clinics of Georgia**  
David L Hocker, MD, MRO  
1240 Jesse Jewell Parkway, SE#370  
Gainesville, GA 30501  
Phone: 770 536-1004  
Fax: 770 536-0905

**Compensacion de Trabajador**

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fechade Nacimiento: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

Direccion de Empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Seguro de compensacion de trabajadores: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_ Numero de caso: \_\_\_\_\_ Ajustador: \_\_\_\_\_

Por favor explique como ocurrio su accidente: \_\_\_\_\_

Fecha y hora de accidente: \_\_\_\_\_ Empleador reporto: \_\_\_\_\_

Parte del cuerpo lesionado: \_\_\_\_\_ Empleador autorizo: \_\_\_\_\_

Regreso a trabajar: Si No Fecha de regreso: \_\_\_\_\_

Consulta con otro doctor: Si No Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_

Diagnosis y tratamiento: \_\_\_\_\_

Se ha lesionado esta area antes? Si No Fecha: \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_

Desde esta lesion, lo sintomas han: Mejorado? \_\_\_\_\_ Empeorado? \_\_\_\_\_ Seguido Igual? \_\_\_\_\_

Las actividades en su trabajo estan restringidas por el resultado su accidente? Si No

Cuando fue la ultimo a vez que se puso la vacuna contra el tetanus? \_\_\_\_\_

Entiendo que soy finacieramente responsable de todos los cargos si se determina que no están relacionados con el trabajo. Por la presente, autorizo a Primary Care Clinics of Georgia, LLC a reveler toda la información necesaria para asegurar el pago.

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha