

<b>1. Nombre y apellidos del(la) reclamante:</b>			<b>2. Número de récord médico:</b>	
<b>3. Incapacidad relacionada con:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>4. Diagnóstico</b> (Datos médicos que, según su conocimiento, incapacitan al paciente). <b>USE CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICOS MÉDICOS). Especifique las complicaciones, si la incapacidad es por embarazo.</b>	
el trabajo	[ ]	[ ]		
un accidente de automóvil	[ ]	[ ]		
<b>5. Período de tratamiento (mes-día-año)</b> Desde _____ hasta _____			<b>9. Fecha del desmembramiento o pérdida de la vista total y permanente (mes-día-año)</b>	
<b>6. Período de incapacidad (mes-día-año)</b> Desde _____ hasta _____				
<b>7. En caso de embarazo o aborto indique (mes-día-año)</b> Fecha probable de parto _____ Fecha de parto _____ Aborto _____			<b>10. Si el desmembramiento o la pérdida de la vista total y permanente se debió a un accidente, indique fecha de éste (mes-día-año)</b>	
<b>8. ¿El(la) paciente estuvo hospitalizado(a) por 24 horas o más? :</b> [ ] <b>SI</b> [ ] <b>NO</b> Desde _____ Hasta _____ (mes-día-año) (mes-día-año)				

**CERTIFICACIÓN**

Certifico que la información arriba indicada es correcta, y que soy un médico, psicólogo o quiropráctico autorizado a ejercer mi profesión, o custodio de records médicos. Sé que la Ley Núm. 139 de 1968, en su Sección 11(a), impone penas graves—como multa, cárcel, o ambas penas, a discreción del Tribunal—por ofrecer información falsa relativa a una reclamación de beneficios por incapacidad.

Firma:	Fecha (mes-día-año):
Nombre ( <u>En letra de molde</u> )	Número de licencia:
Dirección física de la Oficina del Médico:	Teléfono: Fax:
	E-mail:

**B E N E F I C I O S**

**POR INCAPACIDAD**

La Ley de Beneficios por Incapacidad Temporal garantiza el pago de beneficios por enfermedades o lesiones que no se relacionen con el trabajo ni con accidentes de automóvil. Los pagos pueden fluctuar entre \$12 y \$113 semanales, y extenderse por 26 semanas. El trabajador o la trabajadora que se incapacite, deberá solicitar los beneficios en los tres (3) meses siguientes a la fecha de incapacidad. Si radica posteriormente, indicará la razón de la tardanza.

**POR DESMEMBRAMIENTO**

Si ocurriera desmembramiento o pérdida total y permanente de la vista como consecuencia de alguna incapacidad compensable por esta Ley, el trabajador o la trabajadora afectado(a) podría recibir entre \$2,000 y \$4,000 de compensación. Deberá solicitar este beneficio a más tardar seis (6) meses después de que haya ocurrido el desmembramiento o la pérdida de la vista.

**POR MUERTE (A DEPENDIENTES)**

Un beneficio por muerte de \$4,000 prorrateado entre los dependientes directos de un trabajador asegurado fallecido debido a una condición compensable por esta Ley, si la muerte ocurre en el año siguiente al comienzo de la incapacidad. Los dependientes podrían recibir también los beneficios adeudados al trabajador. Deberán solicitar estos beneficios no más tarde de seis (6) meses después de la muerte del trabajador.