



**SOCIAL SECURITY BOARD**

**MEDICAL CARE: WORK-RELATED INJURY OR DISEASE**  
(CUIDADO MEDICO RELACIONADO A HERIDAS O ENFERMEDADES EN EL TRABAJO)

**Insured Person's Biodata ( Informacion Biografica del Asegurado)**

<b>Mr/Mrs/Miss (Sr/Sra/Srita)</b>		<b>First Name (Primer Nombre)</b>	<b>Middle Name (Segundo Nombre)</b>	<b>Surname (Apellido Paterno)</b>	<b>Social Security No. (No. de tarjeta de SS)</b>
<b>HomeAddress (Domicillio)</b>		<b>Area/Postal Address (Area/Direccion Postal)</b>	<b>City/Town/Village (Ciudad/Pueblo/Aldea)</b>	<b>District (Distrito)</b>	<b>Phone (Telefono)</b>
<b>Type Of Work (Profesion)</b>	<b>Sex (Sexo)</b>	<b>Date of Birth (Fecha de Nacimiento)</b>	<b>Nationality (Nacionalidad)</b>	<b>Contact Person &amp; Relation (Nombre de Contacto y Relacion a asegurado/a)</b>	<b>Phone# &amp; Address of Contact Person (Telefono y Direccion de Contacto)</b>
<b>Bodily Location of Injury or Disease (Parte del cuerpo afectada por Accidente/Enfermedad)</b>		<b>Date of Injury/Disease Suspected (Fecha de Accidente o fecha en que la Enfermedad fue sospechada)</b>		<b>Time of Injury (Hora del Accidente)</b>	<b>Injury or Disease? Accidente o Enfermedad)</b>

**What Caused Injury/Disease (Causa del Accidente o de la enfermedad)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature of Insured Person: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(Firma de Asegurado(a)) Fecha

**Information provided by Employer or Person Accompanying Employee**  
(Informacion proporcionada por el Empleador o Acompañante de Asegurado(a))

<b>Date Of Accident (Fecha del Accidente)</b>		<b>Cause of Accident (Causa del Accidente)</b>	
<b>Location of Injury/Disease (Localizacion de la Herida/Enfermedad)</b>		<b>Nature of Injury/Disease (Naturaleza de la Herida/Enfermedad)</b>	
<b>Visit Authorized By: (Visita Autorizada Por:)</b>		<b>Date Authorized (Fecha de Autorizacion)</b>	
<b>Person Accompanying Insured Person-1st Medical Care (Acompañante de asegurado(a) en su primera visita medica)</b>		<b>Printed Name &amp; Signature (Nombre y Firma)</b>	

**MEDICAL SECTION1 (SECCION MEDICA 1)**

<b>Medical Provider's Name (Nombre de Proveedor(a) Medico(a))</b>	<b>Phone (Telefono)</b>	<b>Provider Type Specialization Especializacion/Tipo de Proveedor (a)</b>	
<b>Providers Address (Direccion de proveedor(a))</b>	<b>Fax</b>	<b>Period/DATES of Incapacity (Periodo/FECHAS de Incapacidad)</b>	
	<b>E-Mail (Correo Electronico)</b>	<b>Nature of Incapacity &amp; Location (Naturaleza de Incapacidad y localizacion)</b>	

\_\_\_\_\_