



The Prudential Insurance Company of America
Disability Management Services
P.O. Box 13480, Philadelphia, PA 19176
Tel: 800-842-1718 Fax: 877-889-4885
http://www.prudential.com/disability

Declaración del médico de cabecera

1 Información del empleado

Form fields for employee information: Nombre del empleador, Número de control (exigido), Nombre del empleado, Inicial, Apellido, Número de Seguro Social, Fecha de nacimiento (MM DD AAAA), Sexo (Masculino/Femenino).

Por el presente autorizo que se de a conocer la información solicitada en este formulario por el médico nombrado a continuación con el objetivo de procesar una solicitud.

Firma del empleado: X Fecha (MM DD AAAA)

El empleado tiene la responsabilidad de llenar este formulario sin costo para Prudential.

2 Para ser completado por el médico de cabecera

Form fields for medical diagnosis: Diagnóstico clínico (Primario, Secundario), Se requiere el Código ICD-9, Embarazo - fecha estimada del parto (MM DD AAAA), Fecha real del parto (MM DD AAAA).

Form fields for surgery: Fecha del procedimiento quirúrgico (MM DD AAAA), Pruebas pertinentes y procedimientos quirúrgicos llevados a cabo (sea específico)

Form field for medications: Medicamentos actuales, tratamiento y pronosis:

Form fields for visits: Primera visita (MM DD AAAA), Última visita (MM DD AAAA), Próxima visita (MM DD AAAA)

Form fields for hospitalization: ¿Estuvo hospitalizada la persona que reclama? (Sí/No), Si la respuesta es afirmativa, sírvase indicar el nombre y dirección del hospital, Desde (MM DD AAAA), Hasta (MM DD AAAA)

Marque todos los que correspondan a esta incapacidad

Form fields for incapacity type: Relacionado con el trabajo, Accidente, Enfermedad, Maternidad, Accidente automovilístico, Si AA, ¿en qué estado ocurrió?

Otros médicos o consultores que proporcionaron tratamiento

Form fields for other medical treatment: Nombre, Apellido, Especialidad, Número de teléfono





--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2 Información del médico de cabecera (Cont.)

Otros médicos o consultores que proporcionaron tratamiento

Nombre	Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Especialidad	Número de teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre	Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Especialidad	Número de teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Cree que la persona que reclama es competente para endosar cheques y dirigir el uso del dinero obtenido? Si No

Fecha en que ocurrió la pérdida significativa de sus funciones: (MM DD AAAA)	Fecha meta para el regreso al trabajo (MM DD AAAA)	Tiempo completo <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tiempo parcial <input type="checkbox"/>

Con limitaciones (pérdida de funciones)

Sírvase describir el plan de regreso al trabajo e indique cualquier limitación pertinente :

Sírvase describir cualquier obstáculo médico para regresar al trabajo:

Naturaleza del impedimento médico (por ejemplo, pérdida de funciones):

¿Exiisten algunos factores no médicos que tengan un impacto significativo en las Capacidades Funcionales (por ejemplo, interpersonal, económico, familiar)?

3 Información del médico

Nombre	Inicial	Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono principal	Fax	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección del consultorio	Suite	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ciudad	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Especialidad		
<input type="text"/>		

4 Aviso sobre el fraude:

Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles. Esto incluye las partes del formulario del Empleador y al Médico de cabecera. (Vea las advertencias específicas sobre el fraude que le adjuntamos.)

Firma del médico

Fecha (MM DD AAAA)

