

**CLAIM NG EMPLEYADO PARA SA KASUNDUAN/ULAT NG UNANG PAGGAGAMOT
FORM C-4**

PAKI-TYPE O I-PRINT

ANG CLAIM NG EMPLEYADO IBIGAY ANG LAHAT NG IMPORMASYONG HINILING

Pangalan	M.I.	Apelyido	Petsa ng Kapanganakan	Kasarian <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Numero ng Claim (Para sa Tagaseguro Lang)
Address sa Pagpapadala sa Koreo		Edad	Taas	Timbang	Numero ng Social Security
Lungsod	Estado	Zip		Telepono	
Email Address				Pangunahing Wikang Sinasalita	
TAGASEGURO		IKATLONG PARTIDONG TAGAPANGASIWA		Trabaho ng Empleyado (Titulo ng Trabaho) Kapag Napinsala o Sakit kaugnay ng Trabahong Naganap	
Pangalan ng Employer/Pangalan ng Kumpanya				Telepono	
Address sa Pagpapadala ng Sulat sa Opisina (Numero at Kalye)					
Petsa ng Pinsala (kung naaangkop)	Mga Oras ng Pinsala (kung naaangkop) am pm	Petsa ng Abiso ng Employer	Huling Araw ng Trabaho Pagkatapos ng Pinsala o Sakit kaugnay ng Trabaho	Superbisor kung Kanino Iniulat ang Pinsala	
Address o Lokasyon ng Aksidente (kung naaangkop)					
Ano ang ginagawa mo sa oras ng aksidente? (kung naaangkop)					
Paano nangyari ang pinsalang ito o sakit sa trabaho? (Maging tiyak at sagutin nang detalyado. Gumamit ng karagdagang pahina kung kinailangan)					
Kung naniniwala kang may sakit kang kaugnay ng trabaho, kailan ka unang nagkaroon ng kaalaman sa kapansanan at ang kaugnayan nito sa iyong trabaho?				Mga Saksi sa Aksidente (kung naaangkop)	
Kalikasan ng Pinsala o Sakit kaugnay ng Trabaho		(Mga) Bahagi ng Katawang Napinsala o Naapektuhan			
<p>PINATUTUNAYAN KONG TOTOO AT TAMA ANG NASA ITAAS SA ABOT NG AKING KAALAMAN AT NAIBIGAY KO ANG IMPORMASYONG ITO PARA MAKUHA ANG MGA BENEPISYO NG INSURANCE SA INDUSTRIYA AT MGA BATAS SA SAKIT KAUGNAY NG TRABAHO (INGKLUSIBO MULA NRS 616A HANGGANG 616D, O KABANATA 617 NG NRS). PINAHIHINTULUTAN KO ANG SINUMANG DOKTOR, CHIROPRACTOR, SURGEON, PROPESYONAL O SINO PA MANG IBANG TAO, ANUMANG OSPITAL, KASAMA ANG PANGASIWAAN NG MGA BETERANO O OSPITAL NG PAMAHALAAN, ANUMANG ORGANISASYON PARA SA MEDIKAL NA SERBISYO, ANUMANG KOMPANYA NG INSURANCE PARA MAGBAHAGI SA ISA'T ISA, NG ANUMANG MEDIKAL O IBA PANG IMPORMASYON, KASAMA ANG MGA BENEPISYONG BINAYARAN O BABAYARAN, NA KAUGNAY SA PINSALANG ITO O SAKIT, MALIBAN SA IMPORMASYONG KAUGNAY SA DIAGNOSIS, PAGGAGAMOT AT/O PAGPAPAYO PARA SA AIDS, MGA SIKOLOHIKAL NA KONDISYON, MGA SANGKAP GAYA NG ALKOHOL O PINAPANGASIWAANG SANGKAP, KUNG SAAN NAGBIBIGAY AKO NG TIYAK NA PAHINTULOT. KASINGWASTO NG ORIHINAL ANG PHOTOSTAT NG AWTORISASYONG ITO.</p>					
Petsa	Lugar	Orijinal o Elektronikong Lagda ng Empleyado			
DAPAT KUMPLETUHIN ANG ULAT NA ITO AT IPADALA SA LOOB NG 3 ARAW NG PAGGAGAMOT					
Lugar	Pangalan ng Pasilidad				
Petsa	Diagnosis at Paglalarawan ng Pinsala o Sakit sa Trabaho		May katibayan bang nasa ilalim ng impluwensya ng alkohol ang napinsalang empleyado at/o ibang kinokontrol na sangkap sa oras ng aksidente? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo (kung oo, pakipaliwanag)		
Oras					
Paggamot:	Pinayuhan mo ba ang pasyenteng manatiling wala sa trabaho ng limang araw o higit pa? <input type="checkbox"/> Oo; Ilagay ang mga petsa: mula _____ hanggang _____ <input type="checkbox"/> Hindi; kung hindi, may kakayahan ang napinsalang empleyado para sa: <input type="checkbox"/> buong gawain <input type="checkbox"/> binagong gawain				
Mga Natuklasan sa X-Ray:	Kung binago ang gawain, tukuyin ang anumang limitasyon/paghihigpit: _____ _____				
Mula sa impormasyong ibinigay ng empleyado, kasama ang medikal na ebidensya, maaari mo bang direktang ikonekta ang pinsalang ito o sakit sa trabaho bilang natamo sa trabaho? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi					
Ipinahiwatig ba ang karagdagang pangangalagang medikal ng doktor? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi					
Alam mo ba ang anumang nakaraang pinsala o sakit na nag-aambag sa kondisyong ito o sakit na kaugnay ng trabaho? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi (Ipaliwanag kung oo)					
Petsa	I-print ang Pangalan ng Tagapagbigay ng Pangangalagang Pangkalusugan		Pinatutunayan kong naihatid sa employer ang kopya ng employer ng form na ito noong:		
Tirahan				PARA LANG SA TAGASEGURO	
Lungsod	Estado	Zip	I.D. ng Tagapagbigay ng Buwis Numero	Telepono	
Orijinal o Elektronikong Lagda ng Tagapagbigay ng Pangangalaga sa Kalusugan			Degree (MD,DO, DC, PA-C, APRN)		