

**PAG-UNLAD NA ULAT NA SERTIPIKASYON NG  
KAPANSANAN NG MANGGAGAMOT AT  
CHIROPRACTIC NA MANGGAGAMOT**

		Numero ng Claim:	
		Numero ng Social Security:	
Pangalan ng Pasyente:		Petsa ng Pinsala:	
Employer:	Pangalan ng MCO (kung naaangkop)		
Paglalarawan/Trabaho ng Pasyente:			
Nakaraang Mga Pinsala/Sakit/Operasyon na Nag-aambag sa Kondisyon:			
Diagnosis:			
Nauugnay sa Pang-industriyang Pinsala? Ipaliwanag:			
Layunin ng mga natuklasang medikal:			
<input type="checkbox"/> Wala - Pinalabas                      Matatag <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi                      Ratable <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Pangkalahatang Pinahusay <input type="checkbox"/> Lumala ang Kondisyon <input type="checkbox"/> Parehong Kondisyon  Maaaring Nakaranas ng Permanenteng Kapansanan <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi			
Plano ng Paggamot:			
<input type="checkbox"/> Walang Pagbabago sa Therapy <input type="checkbox"/> Inireseta ang PT/OT <input type="checkbox"/> Maaaring Gumamit ng Gamot Habang Nagtatrabaho <input type="checkbox"/> Pamamahala ng Kaso <input type="checkbox"/> PT/OT Itinigil <input type="checkbox"/> Konsultasyon <input type="checkbox"/> Karagdagang Pag-aaral sa Diagnostic: <input type="checkbox"/> (Mga) reseta			
<input type="checkbox"/> Inilabas sa <b>BUONG TUNGKULIN</b> /Walang Paghihigpit sa (Petsa): _____ <input type="checkbox"/> Nasertipika na <b>GANAP NA PANSAMANTALANG MAY KAPANSANAN</b> (Isaad ang Mga Petsa) Mula sa: _____ Para kay: _____ <input type="checkbox"/> Inilabas sa <b>PINAGHIGPITANG</b> /Binagong Paggampan noong (Petsa): _____ Mula kay: _____ Para kay: _____ <p align="center"><b>Ang Mga Paghihigpit ay:</b> <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Pansamantala</p> <input type="checkbox"/> Bawal Umupo <input type="checkbox"/> Bawal Tumayo <input type="checkbox"/> Bawal Humila <input type="checkbox"/> Iba pa: _____ <input type="checkbox"/> Bawal ang Pagbaluktot sa Baywang <input type="checkbox"/> Bawal ang Pagyuko <input type="checkbox"/> Bawal Magbuhat                      _____ <input type="checkbox"/> Bawal Magbitbit <input type="checkbox"/> Bawal Maglakad <input type="checkbox"/> Nililimitahan ang pagbubuhat sa (lbs): _____ <input type="checkbox"/> Bawal Tumalak <input type="checkbox"/> Bawal Umakyat <input type="checkbox"/> Bawal Umabot sa Ibabaw ng Balikat			
Petsa ng Susunod na Pagbisita:	Petsa ng Pagsusulit na ito:	Pangalan ng Doktor/Chiropractic na Manggagamot:	Lagda ng Doktor/Chiropractic na Manggagamot: