



DCVC: Informe de Discapacidad del Médico

PSD26

Departamento de Compensación a Víctimas de Crimen (DCVC), Edgar A. Brown Building, 1205 Pendleton Street, Room 401, Columbia, SC 29201 • Teléfono 803-734-1900
<http://dcvc.scag.gov> (Haga clic en la guía de pagos y reembolsos en la pestaña «Para proveedores» para obtener más información)

Criterios para pérdida de salario:

Debe cumplir con los cuatro criterios: (1) Empleo (2) Tiempo de trabajo perdido (3) Ingresos notificables y (4) Discapacidad

Su médico tratante debe completar este formulario para confirmar su incapacidad para trabajar como resultado directo del incidente. Su médico debe enviar este formulario directamente a nuestra oficina por fax al (803) 734-2261 o por correo postal de los EE. UU. (vea la dirección más arriba). Si tiene preguntas, comuníquese con nosotros al (803) 734-1900.

Nombre legal del paciente afectado por el crimen: _____

N.º de Seguridad Social (últimos 5 dígitos) _____ Fecha de nacimiento ___/___/___

Fecha en que el paciente asistió a una consulta por primera vez con usted en relación con las lesiones sufridas como resultado del crimen: ___/___/___

Fecha en que ocurrió el crimen relacionado con la(s) lesión(es): ___/___/___ (se debe completar)

Describa brevemente las lesiones sufridas como resultado directo del crimen. Proporcione un diagnóstico: _____

****El médico tratante debe proporcionar una fecha de inicio y finalización del período de discapacidad****

El paciente será totalmente incapaz de trabajar desde el ___/___/___ hasta el ___/___/___

Marque todo lo que corresponda según la capacidad física del paciente:

Puede volver al trabajo inmediatamente sin restricciones _____

Puede volver al trabajo inmediatamente con las siguientes restricciones _____

El paciente puede volver a trabajar con plena capacidad a partir del (fecha) ___/___/___

El paciente puede volver a trabajar con capacidad parcial a partir del (fecha) ___/___/___

El paciente tiene una cita de regreso el (fecha) ___/___/___

Escriba a máquina o a mano en letra de imprenta el nombre del médico tratante _____ Teléfono (____) _____

Firma del médico tratante _____ Fecha _____

Nombre y dirección del centro de salud _____