



HISTORIAL DE TRABAJO (ENFERMEDAD OCUPACIONAL)

Número del reclamo

Nombre				Fecha en que comenzó su primer empleo	
Por favor escriba abajo las fechas de cualquier pausa o interrupción en su trabajo.				<i>Tenemos que justificar cada mes desde su PRIMER DÍA DE TRABAJO.</i>	
Desde:		Hasta:		Razón por la interrupción en el trabajo	
Mes	Año	Mes	Año		

Historial de empleo

Por favor comience con su trabajo más RECIENTE y continúe en orden terminando con su primer trabajo. Especifique el mes y el año de las fechas de empleo.

Si necesita más espacio para continuar, utilice el formulario (F242-071-911) o haga copias de este formulario.

Nombre del negocio del empleador			Fechas de empleo: Desde (mes/año)		Hasta (mes/año)
Dirección del empleador			Número de teléfono del empleador		
Ciudad	Estado	Código postal	Indique en horas por semana el tiempo expuesto al ruido, movimientos repetitivos o substancias químicas. Horas:		

Describa las funciones de trabajo, tipo de equipo o herramientas utilizadas.

Nombre del negocio del empleador			Fechas de empleo: Desde (mes/año)		Hasta (mes/año)
Dirección del empleador			Número de teléfono del empleador		
Ciudad	Estado	Código postal	Indique en horas por semana el tiempo expuesto al ruido, movimientos repetitivos o substancias químicas. Horas:		

Describa las funciones de trabajo, tipo de equipo o herramientas utilizadas.

Nombre del negocio del empleador			Fechas de empleo: Desde (mes/año)		Hasta (mes/año)
Dirección del empleador			Número de teléfono del empleador		
Ciudad	Estado	Código postal	Indique en horas por semana el tiempo expuesto al ruido, movimientos repetitivos o substancias químicas. Horas:		

Describa las funciones de trabajo, tipo de equipo o herramientas utilizadas.

Certifico que la información es fiel y verdadera según lo mejor de mi conocimiento.

Página de

Fecha:

Firma: