

Reclamo por pérdida de ganancias mientras asiste un examen médico obligatorio

Nombre del trabajador _____ Número de reclamo _____

Fecha del examen _____

Nombre del médico o del hospital _____

Fecha y hora en la que salió del trabajo _____

Fecha y hora en la que regresó al trabajo _____

Cantidad de horas de trabajo perdidas _____

Sueldo por hora _____

Sueldo por tiempo perdido neto
(después de impuestos y otras deducciones) _____

Yo certifico que la información antes mencionada es correcta.

Firma Fecha

Employer's verification

I certify that the above worker was absent from work for the period indicated and that the worker's net lost wages (after deductions) were \$ _____.

Employer signature Date