

DEPARTMENT OF LABOR AND INDUSTRY (DLI) FORMULARIO DE ESTADO MÉDICO<sup>1</sup> (VERSIÓN 3, EFECTIVO 01/10/26)  
 COMPLETAR UNA VERSIÓN DEL FORMULARIO DE ESTADO MÉDICO EN CADA VISITA, SEGÚN [MCA 39-71-1036](#)

|   |  |   |   |                                    |                                 |        |
|---|--|---|---|------------------------------------|---------------------------------|--------|
| INFORMACIÓN DEL EMPLEADO/PROVEEDOR (1)  | NOMBRE DEL EMPLEADO  | FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aa)  | NOMBRE DEL PROVEEDOR, UBICACIÓN DE LA CLÍNICA, TELÉFONO |                                    |                                 |        |
|   | NÚMERO DE RECLAMO Y FECHA DE LA LESIÓN (MM/DD/AA)  | PARTE DEL CUERPO LESIONADA PARA RESTRICCIONES   | EMPLEADOR ACTUAL  |                                    |                                 |        |
| CAPACIDAD DE TRABAJO (2)  | <b>CAPACIDAD LABORAL ACTUAL</b>  | <b>DURACIÓN ESPERADA DE LA CAPACIDAD LABORAL ACTUAL</b> <i>Las capacidades se aplican a todos los entornos (por ejemplo, el hogar y el trabajo)</i> |   |                                    |                                 |        |
|   | LIBERADO PARA SERVICIO COMPLETO  | Desde   | Hasta   |                                    |                                 |        |
|   | PUESTO EN SERVICIO MODIFICADO<br><b>*Completar sección 3*</b>  | Desde   | Hasta   |                                    |                                 |        |
|   | EL EMPLEADO PUEDE TRABAJAR UN NÚMERO LIMITADO DE HORAS<br>____ HORAS AL DÍA  | Desde   | Hasta   |                                    |                                 |        |
|   | NO LIBERADO PARA TRABAJAR  | Desde   | Hasta   |                                    |                                 |        |
| CAPACIDADES LABORALES MODIFICADAS (3)<br><small>Sin respuesta = sin restricciones</small> | <b>EL PRESTADOR SOLICITA UNA COPIA DE LA DESCRIPCIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO:</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO   |   |   |                                    |                                 |        |
|   | <b>PROPORCIONAR DETALLES QUE PERMITAN AL EMPLEADOR ACOMODAR CON SEGURIDAD AL TRABAJADOR ACCIDENTADO EN EL LUGAR DE TRABAJO.</b><br><i>Las restricciones deben basarse en la capacidad del trabajador lesionado y centrarse en reducir el riesgo médico de una nueva lesión.</i>  |   |   |                                    |                                 |        |
|   | <b>EL INDIVIDUO ES CAPAZ DE REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES</b> <i>Ninguna respuesta = sin restricciones</i>   |   |   |                                    |                                 |        |
|   | <b>CONSIDERAR LAS RESTRICCIONES EN FUNCIÓN DE TODOS LOS ELEMENTOS SIGUIENTES</b><br><b>Actividades específicas, Incluidas su frecuencia y duración</b><br><i>Considere sentarse, estar de pie, caminar, gatear, arrodillarse, ponerse en cuclillas, trepar, pellizcar/agarrar, alcanzar, conducir, operar equipos pesados, etc.</i><br><i>Considere cada actividad en términos de tiempos/hora u horas/día</i> |   |   |                                    |                                 |        |
|   | <b>Fuerza</b> <i>(Comente el levantamiento, transporte, empuje, tracción, incluyendo pesos y frecuencias de actividad o complete la tabla siguiente)</i>   |   |   |                                    |                                 |        |
|   |  | Continuo<br>≥ 67%<br>(No restringido)   | Frecuente<br>34-66%<br>(3-6 horas)                      | Ocasional<br>11-33%<br>(1-3 horas) | Rara vez<br>1-10%<br>(0-1 hora) | Nunca  |
|   | Levantamiento <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> A   | libras  | libras  | libras                             | libras                          | libras |
|   | Llevar <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> A  | libras  | libras  | libras                             | libras                          | libras |
|   | Empujar/tirar <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> A   | libras  | libras  | libras                             | libras                          | libras |
|   | <i>Ejemplos de restricciones temporales, a la espera de una evaluación de seguimiento:<br/>Esguince lumbar: Alternar actividades sentado/de pie/caminando, sin agacharse, levantar/cargar un máximo de 20 libras.<br/>Esguince/tensión del manguito rotador del hombro derecho: Levantamiento bilateral máximo por debajo de la cintura de 20 libras, por encima de la cintura de 10 libras.</i>               |   |   |                                    |                                 |        |

**ACTUALIZACIONES DE ESTADO (4)**

**ESTADO DEL TRABAJO**

Tiempo previsto para una prueba de trabajo de servicio completo: \_\_\_\_\_  No aplicable, ya está en situación de servicio completo

**MEJORÍA MÉDICA MÁXIMA (MMI) Y ESTADO DE CALIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA**

- El trabajador lesionado ha alcanzado la MMI Fecha: \_\_\_\_\_
- El trabajador lesionado no está en MMI, pero se prevé que lo estará en/en: \_\_\_\_\_ (fecha o duración)
- Solicitar una evaluación médica independiente (IME).  Solicitar la calificación de deterioro (IR).

**SEGUIMIENTO**

- El trabajador lesionado volverá a la clínica: \_\_\_\_\_ (fecha o semanas de baja)
- El trabajador lesionado volverá a la clínica, según sea necesario

**MÉDICO TRATANTE O PERSONA DESIGNADA<sup>2</sup>**

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
 ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Este formulario cumple los requisitos legales mínimos, según MCA 39-71-1036.

<sup>2</sup>Médico tratante, según se define en MCA 39-71-116, y llenado del formulario de estado médico, según MCA 39-71-1036.