

DEPARTMENT OF LABOR AND INDSTRY (DLI) FORMULARIO DE ESTADO MÉDICO (VERSIÓN 2, EFECTIVO 01/10/26)
COMPLETAR UNA VERSIÓN DEL FORMULARIO DE ESTADO MÉDICO EN CADA VISITA, SEGÚN [MCA 39-71-1036](#)

DEL	NOMBRE DEL EMPLEADO	FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aa)	NOMBRE DEL PROVEEDOR, UBICACIÓN, TELÉFONO
	NÚMERO DE RECLAMO Y FECHA DE LA LESIÓN (mm/dd/aa)	PARTE DEL CUERPO LESIONADA PARA RESTRICCIONES	EMPLEADOR ACTUAL
INFORMACIÓN			
CAPACIDAD	CAPACIDAD LABORAL ACTUAL	DURACIÓN ESPERADA DE LA CAPACIDAD LABORAL ACTUAL <i>Se aplica a todos los entornos (por ejemplo, el hogar y el trabajo)</i>	
	LIBERADO PARA EL SERVICIO COMPLETO	Desde	Hasta
	PUESTO EN SERVICIO MODIFICADO <i>*Completar la sección 3*</i>	Desde	Hasta
	EL EMPLEADO PUEDE TRABAJAR UN NÚMERO LIMITADO DE HORAS HORAS AL DÍA	Desde	Hasta
	NO LIBERADO PARA TRABAJAR	Desde	Hasta
CAPACIDAD	EL PRESTADOR SOLICITA UNA COPIA DE LA DESCRIPCIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO: ☐ SÍ ☐ NO		
	LA PERSONA ES CAPAZ DE REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: <i>Ninguna respuesta = sin restricciones</i>		
	ACTIVIDAD POR HORAS AL DÍA		
	Sentarse	_____ horas al día	
	Pararse	_____ horas al día	
	Caminar	_____ horas al día	
	Manejo de maquinaria pesada/conducir	_____ horas al día	
	Notas sobre la información anterior:		
	EL TRABAJADOR HERIDO PUEDE, CON SEGURIDAD: Indique <i>izquierda, derecha o ambas</i> , cuando proceda		
	MARCAR RESPUESTA		
	Trabajar desde una escalera	☐ sí	☐ no
	Subir escaleras	☐ sí	☐ no
	Arrastrarse	☐ sí	☐ no
	Arrodillarse	☐ sí	☐ no
	Ponerse en cuclillas	☐ sí	☐ no
	Agacharse/Encorvarse a nivel de la cintura	☐ sí	☐ no
	Girar el tronco	☐ sí	☐ no
	Pellizcar/agarrar ☐ I ☐ D ☐ A	☐ sí	☐ no
	Alcanzar al frente ☐ I ☐ D ☐ A	☐ sí	☐ no
	Alcanzar por encima de la cabeza ☐ I ☐ D ☐ A	☐ sí	☐ no
	Notas sobre la información anterior:		
	INDICAR LA CAPACIDAD DE PESO SEGURO DEBAJO <i>Indicar izquierda, derecha o ambas</i>		
	Levantamiento ☐ I ☐ D ☐ A	_____ libras	
	Transporte ☐ I ☐ D ☐ A	_____ libras	
	Empujar/tirar ☐ I ☐ D ☐ A	_____ libras	
Notas sobre la información anterior:			

ACTUALIZACIONES DE ESTADO (4)

ESTADO DEL TRABAJO

Tiempo previsto hasta una prueba de trabajo a tiempo completo: _____ ☐ No aplicable, ya ha sido dado de alta para el trabajo completo

ESTADO DE MEJORÍA MÉDICA MÁXIMA (MMI) Y CALIFICACIÓN DEL DETERIORO

- ☐ El trabajador lesionado ha alcanzado la MMI Fecha: _____
☐ El trabajador lesionado no ha alcanzado la MMI, pero se prevé que la alcance en: _____ (fecha o duración)
☐ Solicitar una evaluación médica independiente (EMI) ☐ Solicitar una valoración del 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 DESIGNADA²

FIRMA _____ FECHA: _____
 ACLARACIÓN: _____ FECHA: _____

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

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