

DEPARTMENT OF LABOR AND INDSTRY (DLI) FORMULARIO DE ESTADO MÉDICO¹ (VERSIÓN 1, EFECTIVO 01/10/26)
COMPLETAR UNA VERSIÓN DEL FORMULARIO DE ESTADO MÉDICO EN CADA VISITA, SEGÚN [MCA 39-71-1036](#)

1) DEL PRO INFOR EMI	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			
TRA CAPAC	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			
Sin respuesta = sin restricciones CAPAC	EL PROVEEDOR SOLICITA UNA COPIA DE LA DESCRIPCIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO: ☐ SÍ ☐ NO					
	EL INDIVIDUO ES CAPAZ DE REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: <i>Indique Izquierda, Derecha o Ambas, cuando corresponda</i>					
	EL TRABAJADOR ES CAPAZ DE LO SIGUIENTE <i>Sin respuesta = sin restricciones</i>	Continuo ≥ 67% (No restringido)	Frecuente 34-66% (3-6 horas)	Ocasional 11-33% (1-3 horas)	Rara vez 1-10% (0-1 hora)	Nunca
	Sentarse					
	Pararse					
	Caminar					
	Manejar maquinaria pesada/conducir					
	Trabajar desde una escalera					
	Subir escaleras					
	Arrastrarse					
	Arrodillarse					
	Ponerse en cuclillas					
	Agacharse/Encorvarse bajo la cintura					
	Girar el tronco					
	Pellizcar/agarrar ☐ I ☐ D ☐ A					
	Alcanzar por delante ☐ I ☐ D ☐ A					
	Alcanzar por encima de la cabeza ☐ I ☐ D ☐ A					
	INDICAR EL PESO SEGURO Y LA CAPACIDAD DE FRECUENCIA ABAJO <i>Indicar Izquierda, derecha o ambas</i>					
Levantamiento ☐ I ☐ D ☐ A	libras	libras	libras	libras	libras	
Transporte ☐ I ☐ D ☐ A	libras	libras	libras	libras	libras	
Empujar/tirar ☐ I ☐ D ☐ A	libras	libras	libras	libras	libras	
Notas sobre la información anterior:						

ACTUALIZACIONES DE ESTADO (4)

SITUACIÓN LABORAL

☐ Tiempo previsto hasta una prueba de trabajo a tiempo completo: _____ ☐ No aplicable, ya está a pleno rendimiento

ESTADO DE MEJORÍA MÉDICA MÁXIMA (MMI) Y VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

- ☐ 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 (EMI) ☐ Solicitar una valoración del deterioro (IR)

SEGUIMIENTO

- ☐ El trabajador lesionado volverá a la clínica: _____ (fecha o semanas de baja)
☐ El trabajador lesionado volverá, 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.