

CONTINUACIÓN DEL HISTORIAL DE TRABAJO Y DE ENFERMEDAD OCUPACIONAL

Página de	Nombre (en letra de imprenta)	Número del reclamo
-----------	-------------------------------	--------------------

Esta es una página de continuación. Debe completar la primera página de este formulario. Haga copias de este formulario si necesita más espacio.

Por favor siga con su trabajo MÁS RECIENTE y continúe CON EL ANTERIOR hasta llegar a su primer trabajo

Nombre del negocio del empleador	Título del puesto	Fechas de empleo:	Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
Dirección del empleador	Número de teléfono del empleador			
Ciudad	Estado	Código Postal	¿Cuántas horas por semana estaba realizando la actividad que cree que le causó los síntomas? horas	
Describa las funciones, uso de herramientas o actividades repetitivas realizadas regularmente en el trabajo. Incluya cuánto tiempo por día realizaba cada actividad aproximadamente				
Indique cualquier interrupción en su historial laboral durante este trabajo o entre este trabajo y el siguiente			Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
La razón de la interrupción:				

Nombre del negocio del empleador	Título del puesto	Fechas de empleo:	Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
Dirección del empleador	Número de teléfono del empleador			
Ciudad	Estado	Código Postal	¿Cuántas horas por semana estaba realizando la actividad que cree que le causó los síntomas? horas	
Describa las funciones, uso de herramientas o actividades repetitivas realizadas regularmente en el trabajo. Incluya cuánto tiempo por día realizaba cada actividad aproximadamente.				
Indique cualquier interrupción en su historial laboral durante este trabajo o entre este trabajo y el siguiente			Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
La razón de la interrupción:				

Nombre del negocio del empleador	Título del puesto	Fechas de empleo:	Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
Dirección del empleador	Número de teléfono del empleador			
Ciudad	Estado	Código Postal	¿Cuántas horas por semana estaba realizando la actividad que cree que le causó los síntomas? horas	
Describa las funciones, uso de herramientas o actividades repetitivas realizadas regularmente en el trabajo. Incluya cuánto tiempo por día realizaba cada actividad aproximadamente.				
Indique cualquier interrupción en su historial laboral durante este trabajo o entre este trabajo y el siguiente			Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
La razón de la interrupción:				

Nombre del negocio del empleador	Título del puesto	Fechas de empleo:	Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
Dirección del empleador	Número de teléfono del empleador			
Ciudad	Estado	Código Postal	¿Cuántas horas por semana estaba realizando la actividad que cree que le causó los síntomas? horas	
Describa las funciones, uso de herramientas o actividades repetitivas realizadas regularmente en el trabajo. Incluya cuánto tiempo por día realizaba cada actividad aproximadamente				
Indique cualquier interrupción en su historial laboral durante este trabajo o entre este trabajo y el siguiente			Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
La razón de la interrupción				

Dept of Labor and Industries
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291

(mes/día/año)	Certifico que a mi entender, la información es correcta y verdadera.
Fecha:	Firma: