RETURN TO WORK REQUIREMENTS

INJURED WORKER: _____

POLICYHOLDER NAME: _____ POLICY NO.: _____

DEPARTMENT: _____ JOB TITLE: _____

HOURS PER SHIFT: _____ DATE OF INJURY: _____

BASIC REQUIREMENTS

	Continuously 67-100%	Frequently 34-66%	Occasionally 11-33%	Seldom 1-10%	Restricted 0%
Sitting	☐	☐	☐	☐	☐
Standing	☐	☐	☐	☐	☐
Walking	☐	☐	☐	☐	☐

Mobility

Lifting	☐	☐	☐	☐	☐
Bending	☐	☐	☐	☐	☐
Squatting	☐	☐	☐	☐	☐
Reaching	☐	☐	☐	☐	☐
Kneeling	☐	☐	☐	☐	☐
Pushing	☐	☐	☐	☐	☐
Pulling	☐	☐	☐	☐	☐

Lifting

0 to 10 lbs.	☐	☐	☐	☐	☐
11 to 25 lbs.	☐	☐	☐	☐	☐
26 to 50 lbs.	☐	☐	☐	☐	☐
51 to 75 lbs.	☐	☐	☐	☐	☐
76 to 100 lbs.	☐	☐	☐	☐	☐
100+ lbs.	☐	☐	☐	☐	☐

Repetitive Motion	Right Hand		Left Hand	
Dexterity	☐ yes	☐ no	☐ yes	☐ no
Grasping	☐ yes	☐ no	☐ yes	☐ no
Writing	☐ yes	☐ no	☐ yes	☐ no
Typing	☐ yes	☐ no	☐ yes	☐ no

OTHER PHYSICAL REQUIREMENTS

EMPLOYER REPRESENTATIVE SIGNATURE: _____ DATE: _____

EMPLOYER/INSURER CONTACT: _____

FOR EMPLOYER COMPLETION

RETURN TO WORK REQUIREMENTS

PATIENT: _____

PHYSICIAN: _____

DIAGNOSIS: _____

TREATMENT (needed for OSHA rules and placement)

☐ Narcotic analgesic ☐ Anti-inflammatory medication ☐ Sutures
☐ Physical therapy ☐ Other _____

I saw this patient on (date) _____ and based on the above description of the patient's current medical problem (check all that apply):

- ☐ Return to regular duty on (date) _____.
- ☐ Return to work on (date) _____ with restrictions:
  - ☐ Temporary ☐ Permanent
- ☐ Off work until (date): _____.

Patient to be reevaluated: _____.

Condition

☐ Improved
☐ Symptoms worse
☐ Unchanged
☐ Not applicable

Total hours of work per day

☐ 4 hours ☐ 6 hours
☐ 8 hours ☐ 10 hours
☐ No restriction
☐ Other _____

☐ **Heavy work.** Lifting 50 lbs. frequently with occasional lifting and/or carrying objects weighing up to 100 lbs.

☐ **Medium—heavy work.** Lifting 40 lbs. frequently with occasional lifting and/or carrying of objects weighing up to 75 lbs.

☐ **Medium work.** Lifting 25 lbs. frequently with occasional lifting and/or carrying objects weighing up to 50 lbs.

☐ **Light—medium work.** Lifting 20 lbs. frequently with occasional lifting and/or carrying objects weighing up to 30 lbs.

☐ **Light work.** Lifting 10 lbs. frequently with occasional lifting and/or carrying objects weighing up to 20 lbs. Even though the weight lifted may be a negligible amount, this category would include a job that requires walking or standing to a significant degree or involves sitting most of the time with a degree of pushing and pulling of arm and/or leg controls.

☐ **Sedentary work.** Lifting 10 lbs. maximum and occasionally lifting and/or carrying such articles as files, light packages and small tools. Although a sedentary job is defined as one which involves sitting, a certain amount of walking and standing is often necessary. Jobs are sedentary if walking and standing are required only occasionally and other sedentary criteria are met.

BASIC REQUIREMENTS

☐ Not applicable	Continuously 67-100%	Frequently 34-66%	Occasionally 11-33%	Seldom 1-10%	Restricted 0%
Sit/drive	☐	☐	☐	☐	☐
Stand	☐	☐	☐	☐	☐
Walk	☐	☐	☐	☐	☐
Bend	☐	☐	☐	☐	☐
Twist	☐	☐	☐	☐	☐
Climb	☐	☐	☐	☐	☐
Squat	☐	☐	☐	☐	☐
Work overhead	☐	☐	☐	☐	☐
Work shoulder level	☐	☐	☐	☐	☐

Hand: Specify - Right (R); Left (L); Bilateral (B)

☐ Not applicable					
Grasp	☐	☐	☐	☐	☐
Pincher grip	☐	☐	☐	☐	☐
Reach	☐	☐	☐	☐	☐
Twist (wrist)	☐	☐	☐	☐	☐
Push/pull w/ hands	☐	☐	☐	☐	☐
Wrist flexion/extension	☐	☐	☐	☐	☐

Feet: Specify - Right (R); Left (L); Bilateral (B)

☐ Not applicable

Repetive movements as in operating foot controls/pull w/ hands ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ No exposure to moving machinery ☐ No exposure to unprotected heights
☐ Avoid wet work ☐ Avoid irritants (specify)

Patient referred to (physcian): _____

Other instructions and/or limitations: _____

_____

_____

_____

PHYSCIAN SIGNATURE: _____

DATE: _____ **TIME:** _____

FOR PHYSICIAN COMPLETION

REQUISITOS DE REGRESO AL TRABAJO

NOMBRE DEL TRABAJADOR LESIONADO: _____

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: _____ NÚMERO DE LA PÓLIZA: _____

DEPARTAMENTO: _____ TÍTULO DEL PUESTO: _____

HORAS POR TURNO: _____ FECHA DE LA LESIÓN: _____

REQUISITOS BÁSICOS DEL TRABAJO

	Continuamente 67-100%	Frecuentemente 34-66%	Ocasionalmente 11-33%	Raramente 1-10%	Restringido 0%
Sentar	☐	☐	☐	☐	☐
Parar	☐	☐	☐	☐	☐
Caminar	☐	☐	☐	☐	☐

Movilidad

Levantamiento de peso	☐	☐	☐	☐	☐
Encorvar	☐	☐	☐	☐	☐
Agachar	☐	☐	☐	☐	☐
Alcanzar	☐	☐	☐	☐	☐
Arrodillar	☐	☐	☐	☐	☐
Empujar	☐	☐	☐	☐	☐
Jalar	☐	☐	☐	☐	☐

Levantamiento de peso

0 a 10 libras	☐	☐	☐	☐	☐
11 a 25 libras	☐	☐	☐	☐	☐
26 a 50 libras	☐	☐	☐	☐	☐
51 a 75 libras	☐	☐	☐	☐	☐
76 a 100 libras	☐	☐	☐	☐	☐
100+ libras	☐	☐	☐	☐	☐

Movimiento Repetitivo	Mano Derecha		Mano Izquierda	
Destreza	☐ sí	☐ no	☐ sí	☐ no
Agarrar	☐ sí	☐ no	☐ sí	☐ no
Escribir	☐ sí	☐ no	☐ sí	☐ no
Mecanografiar	☐ sí	☐ no	☐ sí	☐ no

OTROS REQUISITOS FÍSICOS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR: _____ FECHA: _____

CONTACTO DEL EMPLEADOR/ASEGURADOR: _____

COMPLETADO POR EL EMPLEADOR

REQUISITOS DE REGRESO AL TRABAJO

PACIENTE: _____

MÉDICO: _____

DIAGNÓSTICO: _____

TRATAMIENTO (necesario para las reglas y la colocación de OSHA)

☐ Analgésico narcótico ☐ Medicamentos antiinflamatorios ☐ Suturas
☐ Terapia física ☐ Otro _____

Vi a este paciente el (fecha) _____ y basado en la descripción anterior del problema médico actual del paciente (marque todo lo que corresponda):

☐ Regreso al servicio regular el (fecha) _____.
☐ Regreso al trabajo el (fecha) _____ con restricciones:
☐ Temporario ☐ Permanente
☐ Alejado del trabajo hasta (fecha): _____.

Paciente a reevaluar: _____.

Condición

☐ Mejorado
☐ Los síntomas empeoran
☐ Sin alterar
☐ No aplica

Horas totales de trabajo por día

☐ 4 horas ☐ 6 horas
☐ 8 horas ☐ 10 horas
☐ Sin restricción
☐ Otro _____

☐ **Trabajo pesado.** Levantando 50 libras frecuentemente con levantamiento y/o transporte de objetos que pesan hasta 100 libras.

☐ **Trabajo medio—pesado.** Levantando 40 libras frecuentemente con levantamiento y/o transporte ocasional de objetos que pesan hasta 75 libras.

☐ **Trabajo medio.** Levantando 25 libras frecuentemente con levantamiento y/o transporte de objetos que pesan hasta 50 libras.

☐ **Trabajo ligero—medio.** Levantando 20 libras. frecuentemente con levantamiento y/o transporte de objetos que pesan hasta 30 libras.

☐ **Trabajo ligero.** Levantando 10 libras. frecuentemente con levantamiento y/o transporte de objetos que pesan hasta 20 lbs. Aunque el peso levantado sea de una cantidad insignificante, esta categoría incluiría un trabajo que requiere caminar o estar parado por mucho tiempo o implica estar sentado la mayor parte del tiempo y incluye empujar y tirar de los controles de brazos y/o piernas.

☐ **Trabajo sedentario.** Levantando 10 libras. como máximo y ocasional levantamiento y/o transporte de artículos tales como archivos, paquetes livianos y herramientas pequeñas. Aunque un trabajo sedentario se define como aquel que implica estar sentado, a menudo es necesario caminar y estar parado un poco. Los trabajos son sedentarios si solo se requiere caminar y estar parado ocasionalmente y se cumplen otros criterios sedentarios.

REQUERIMIENTOS BÁSICOS

	Continuamente 67-100%	Frecuentemente 34-66%	Ocasionalmente 11-33%	Rara vez 1-10%	Restringido 0%
☐ No aplicable					
Sentar/conducir	☐	☐	☐	☐	☐
Parar	☐	☐	☐	☐	☐
Caminar	☐	☐	☐	☐	☐
Encorvar	☐	☐	☐	☐	☐
Torcer	☐	☐	☐	☐	☐
Subir	☐	☐	☐	☐	☐
Agachar	☐	☐	☐	☐	☐
Trabajo por encima de la cabeza	☐	☐	☐	☐	☐
Trabajo a la altura de los hombros	☐	☐	☐	☐	☐

Mano: Especificar - Derecha (R); Izquierda (L); Bilaterales (B)

☐ No aplicable					
Agarrar	☐	☐	☐	☐	☐
Agarre de pinza	☐	☐	☐	☐	☐
Alcanzar	☐	☐	☐	☐	☐
Torcer (muñeca)	☐	☐	☐	☐	☐
Empujar/jalar con las manos	☐	☐	☐	☐	☐
Flexión/extensión de muñeca	☐	☐	☐	☐	☐

Pies: Especificar - Derecha (R); Izquierda (L); Bilaterales (B)

☐ No aplicable

Movimientos repetitivos como en el funcionamiento de los controles de pie/tirar con las manos ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ Sin exposición a maquinaria en movimiento ☐ Sin exposición a alturas sin protección
☐ Evite el trabajo mojado ☐ Evitar irritantes (especificar)

Paciente referido (médico): _____

Otras instrucciones y/o limitaciones: _____

_____

_____

_____

FIRMA DEL MÉDICO: _____

FECHA: _____ **HORA:** _____

COMPLETADO POR EL MÉDICO