

RETURN TO WORK REQUIREMENTS

EMPLOYEE NAME: _____

POLICYHOLDER NAME: _____ POLICY NUMBER: _____

DEPARTMENT: _____ JOB TITLE: _____

HOURS PER SHIFT: _____ DATE OF INJURY: _____

BASIC REQUIREMENTS						OTHER PHYSICAL REQUIREMENTS
	Continuously 67-100%	Frequently 34-66%	Occasionally 11-33%	Seldom 1-10%	Restricted 0%	
Sitting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Standing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Walking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
 Mobility						_____
Lifting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bending	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Squatting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Reaching	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kneeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pushing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pulling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
 Lifting						_____
0 to 10 lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11 to 25 lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
26 to 50 lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
51 to 75 lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
76 to 100 lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
100+ lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
 Repetitive Motion						_____
	Right Hand		Left Hand			_____
Dexterity	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no		_____
Grasping	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no		_____
Writing	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no		_____
Typing	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no		_____

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

<input type="checkbox"/> Not applicable	Continuously 67-100%	Frequently 34-66%	Occasionally 11-33%	Seldom 1-10%	Restricted 0%
Sit/drive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Walk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Twist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Climb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Squat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Work overhead	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Work shoulder level	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<input type="checkbox"/> Not applicable	Continuously 67-100%	Frequently 34-66%	Occasionally 11-33%	Seldom 1-10%	Restricted 0%
Grasp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pincher grip	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Twist (wrist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Push/pull w/ hands	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wrist flexion/extension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<input type="checkbox"/> Not applicable	Continuously 67-100%	Frequently 34-66%	Occasionally 11-33%	Seldom 1-10%	Restricted 0%
Repetitive movements as in operating foot controls/pull w/ hands	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Patient referred to (physician): _____
 Other instructions and/or limitations: _____

PHYSICIAN SIGNATURE: _____

DATE: _____ TIME: _____

REQUISITOS DE REGRESO AL TRABAJO

NOMBRE DE EMPLEADO: _____

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

DEPARTAMENTO: _____ OCUPACIÓN: _____

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movilidad					
Levantamiento de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encorvar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agachar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcanzar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrodillar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empujar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantamiento de peso					
0 a 10 libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 a 25 libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 a 50 libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 a 75 libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76 a 100 libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100+ libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movimiento Repetitivo		Mano Derecha		Mano Izquierda	
Destreza		<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Agarrar		<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Escribir		<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Mecanografiar		<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> 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%
<input type="checkbox"/> No aplicable					
Sentar/conducir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encorvar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torcer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agachar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo por encima de la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo a la altura de los hombros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<input type="checkbox"/> No aplicable					
Agarrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agarre de pinza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcanzar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torcer (muñeca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empujar/jalar con las manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flexión/extensión de muñeca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<input type="checkbox"/> No aplicable					
Movimientos repetitivos como en el funcionamiento de los controles de pie/tirar con las manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 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