CONTINUACIÓN DEL HISTORIAL DE TRABAJO (ENFERMEDAD OCUPACIONAL)

Página de	Nombre	Número de reclamo

(Esta es una página de continuación; primero tiene que completar el formulario original).

Por favor CONTINÚE con su trabajo más RECIENTE, terminando con su primer trabajo.

Nombre del negocio del empleador	Fechas de empleo: Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
Dirección del empleador	Número de teléfono del empleador	
Ciudad Estado Código postal	Indique en horas por semana el tiempo expuesto al ruido, movimientos repetitivos o substancias químicas. Horas:	
Describa las funciones de trabajo, tipo de equipo o herramientas utilizadas.		

Nombre del negocio del empleador	Fechas de empleo: Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
Dirección del empleador	Número de teléfono del empleador	
Ciudad Estado Código postal	Indique en horas por semana el tiempo expuesto al ruido, movimientos repetitivos o substancias químicas. Horas:	
Describa las funciones de trabajo, tipo de equipo o herramientas utilizadas.		

Nombre del negocio del empleador	Fechas de empleo: Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
Dirección del empleador	Número de teléfono del empleador	
Ciudad Estado Código postal	Indique en horas por semana el tiempo expuesto al ruido, movimientos repetitivos o substancias químicas. Horas:	
Describa las funciones de trabajo, tipo de equipo o herramientas utilizadas.		

Nombre del negocio del empleador	Fechas de empleo: Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
Dirección del empleador	Número de teléfono del empleador	
Ciudad Estado Código postal	Indique en horas por semana el tiempo expuesto al ruido, movimientos repetitivos o substancias químicas. Horas:	
Describa las funciones de trabajo, tipo de equipo o herramientas utilizadas.		

Nombre del negocio del empleador	Fechas de empleo: Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
Dirección del empleador	Número de teléfono del empleador	
Ciudad Estado Código postal	Indique en horas por semana el tiempo expuesto al ruido, movimientos repetitivos o substancias químicas. Horas:	
Describa las funciones de trabajo, tipo de equipo o herramientas utilizadas.		

Certifico que la información es fiel y verdadera según lo mejor de mi conocimiento.

Fecha: Firma:

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