

Junta de Compensación para Víctimas de Delitos
500 Mero St., Frankfort, KY 40601
crimevictims@ky.gov
502-782-8255

DECLARACIÓN DEL MÉDICO Complete
solo si solicita por pérdida de salario/pérdida de sustento.
Debe ser completado y firmado únicamente por el MÉDICO.

Nombre de la víctima/paciente: _____

Tipo de lesión: _____

Fecha de la lesión: _____ Fecha(s) en que la víctima/paciente no pudo trabajar: _____ a _____

La víctima/paciente sufrió una discapacidad permanente: () Sí () No

En caso afirmativo, indique el porcentaje de incapacidad permanente de la víctima con respecto al cuerpo en su conjunto de acuerdo con la AMA.
Pautas: _____

Descripción de la lesión/trauma resultante del delito y comentarios:

Nombre del médico: _____ Especialidad: _____

Dirección de la oficina: _____
DIRECCIÓN Ciudad Estado Código postal

Teléfono: _____ Número de licencia estatal: _____

Firma del médico Fecha