

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO

Autorizamos a la clínica de U.S. HealthWorks abajo mencionada para proporcionarle servicios a nuestros empleados:

U.S. HEALTHWORKS MEDICAL GROUP UBICADO EN:

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

FAX: _____

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA: _____

NO. EMPLEADOR: _____

NOMBRE DEL CONTACTO PRINCIPAL: _____

TELÉFONO: _____

TELÉFONO: (después de horas de trabajo/celular): _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

DATOS DEL EMPLEADO

FECHA: _____

HORA: _____

AM o PM

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DEPARTAMENTO: _____

TRABAJA EL EMPLEADO PARA UNA COMPAÑÍA TEMPORAL/ARRIENDO? SI NO

NOMBRE DE COMPAÑÍA TEMPORAL: _____

AUTORIZADO POR: NOMBRE (letra molde): _____

TELÉFONO: _____

TÍTULO: _____

TELÉFONO: (después de horas de trabajo/celular) _____

FIRMA: _____

AUTORIZACIÓN VERBAL

ASEGURADORA

NOMBRE DE COMPAÑÍA DE SEGURO: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____

FECHA DE VIGENCIA: _____

POLIZA #:

FECHA DE VENCIMIENTO: _____

SERVICIOS

LESIÓN: FECHA DE LESIÓN: _____

ÚLTIMO DÍA TRABAJADO: _____

PARTE DEL CUERPO LESIONADA: _____

EXPEDIENTE #: _____

EVALUACIÓN PARA REGRESAR AL TRABAJO

TIPO DE EXÁMEN FÍSICO: _____

PROTOCOLO #: _____

EXÁMEN DROGAS/ALCOHOL. ESPECIFIQUE RAZÓN (ABAJO): _____

PROTOCOLO # _____

TIPO:

- EXAMEN DE DROGAS (Departamento de Transporte)
- EXAMEN DE DROGAS (No aplicable al Dpto. de Transporte)
- EXAMEN DE RESULTADO INMEDIATO
- EXAMEN DE ALCOHOL POR ALIENTO (Departamento de Transporte)
- EXAMEN DE ALCOHOL POR ALIENTO (No aplicable al Dpto. de Transporte)

RAZONES/PROPOSITO:

- PRE-EMPLEO
- POST-ACCIDENTE
- REGRESO AL TRABAJO
- SOSPECHA RAZONABLE
- SELECCIÓN AL AZAR
- POST-LESION

AVISO: SE REQUIERE UNA IDENTIFICACIÓN CON SU FOTOGRAFÍA PARA LOS EXÁMENES DE DROGAS

¡Gracias por elegir a U.S. HealthWorks Medical Group!