

LASTIMADURAS RELACIONADAS CON EL TRABAJO
INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: _____

Por favor, escriba letra de molde.

Su visita es relacionada con el trabajo?

Sí, continua llenando la forma

No, **PARE ESTA LLENANDO LA FORMA EQUIVOCADA REGRESE CON LA RECEPCIONISTA**

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Primer Nombre Iniciales Apellido

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Numero de teléfono () _____ Numero de trabajo () _____

En caso de emergencia, nombre y numero de teléfono de familia cercano _____

Si esta visitando: Numero de teléfono local () _____

SS# _____ Numero de Licencia y Estado _____

Sexo: Masculino Femenino Estado Civil: Sr Cr Dr Wr Nombre de Esposo(a) _____

INFORMACIÓN DE EMPLEADORA:

¿Su empleadora la mando a esta oficina? Sí, nombre del supervisor que lo mando _____ No

¿Su empleadora tiene información de su archivo con nuestra oficina? Sí No, Nombre de persona con quien podemos comunicarnos _____

Nombre de Empleador _____

Nombre de Supervisor _____

Dirección de Empleadora _____

Ciudad Y Estado _____

Ocupación _____ Numero de teléfono () _____

INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD:

Aseguranza _____ Numero de grupo _____

Nombre del doctor _____ Numero de teléfono () _____

AUTORIZACIÓN:

Autorizo a la aseguranza para que obtenga cualquier información necesaria para procesar cualquier reclamo y autorizo pagas de beneficios médicos a Memorial Prompt Care Medical Group, Inc. Comprendo que estar recibiendo tratamiento por accidente de trabajo. Si el Doctor y empleadora o el examinador de reclamos determina que el accidente no es relacionado con el trabajo, yo seré responsable pagar cualquier cobro.

Firma _____ Fecha _____

Si es menor de edad persona responsable _____ Relacion con el paciente _____

Front office use only:

1s/forms/pt info/WC New – Spanish 11/10/04

| | | | |
|-------------|------------|--------------|--------------|
| Entered by: | Account #: | Reviewed by: | Reviewed by: |
|-------------|------------|--------------|--------------|

Comments:

Original – CHART

Yellow - BILLING