

## Autorización para servicios médicos de salud ocupacional

<b>Pardee Urgent Care</b> 45 Hendersonville Hwy Pisgah Forest NC 28768 Teléfono: (828) 435-8100 Fax: (828) 435-8101	<b>Pardee Urgent Care</b> 212-A Thompson St Hendersonville NC 28792 Teléfono: (828) 697-3232 Fax: (828) 698-9570	<b>Pardee Urgent Care</b> 2695 Hendersonville Rd Arden NC 28704 Teléfono: (828) 694-2350 Fax: (828) 694-2351	<b>Pardee Urgent Care</b> 3334 Bolyston Hwy Suite 10 Mills River NC 28759 Teléfono: (828) 694-8100 Fax: (828) 694-8101
---	--	--	--

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Código ICD-10: \_\_\_\_\_

Motivo de la visita:  Empleo previo     Empleo     Escuela/Deportes/Campamento     Aleatorio  
 Después de un accidente     Por motivo justificado

Licencia de conducir del Departamento de Transporte:

Tiene algún problema médico conocido que deba abordarse para completar los formularios?     Sí     No

Lesión relacionada con e Queja/lesión: \_\_\_\_\_ Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_

Control de drogas:  Departamento de Transporte     No para el Departamento de Transporte    Prueba realizada: \_\_\_\_\_

Observado:  Sí / No    No se requiere una prueba de detección de drogas

Servicios solicitados (marque todos los que correspondan):  Físico     Prueba de alcoholemia  
 Prueba de función pulmonar     Capacidad de respiración  
 Prueba de ajuste del respirador     Audiometría     Visión     Prueba de elevación/rango de movimiento  
 Fuerza/flexibilidad     Prueba cutánea de tuberculosis

Vacuna (Tipo): \_\_\_\_\_

Pruebas de Laboratorio (marque todas las que correspondan):  Análisis de orina     Rubeola     Paperas

Sarampión alemán     Varicela     Hepatitis B     Hepatitis C     VIH     Prueba T-Spot

Radiología:  Radiografía de tórax (1 vista)     Radiografía de tórax (2 vistas)

Otros: \_\_\_\_\_

**Información del EMPLEADOR (Complete la información utilizando la dirección postal como la dirección "de facturación")**

Tipo de empleado:     Permanente     Por Contrato     Temporal

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_ Seguro de accidentes de trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_ Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Nombre y correo electrónico de contacto: \_\_\_\_\_

Servicio solicitado/autorizado por: \_\_\_\_\_

Facturar la reclamación a:     Dirección de la compañía como se ha indicado anteriormente

Compañía de seguros de accidentes de trabajo     Pago por cuenta propia, prepago

**\*\*\* Tenga en cuenta lo siguiente\*\*\*** Se le pedirá al paciente que proporcione una copia de sus tarjetas e información del seguro de salud personal. Esto se utilizará en caso de rechazo por parte del empleador o de la compañía de seguros de accidentes de trabajo del empleador, en lo que respecta a este servicio y/o cualquier otro servicio relacionado con esta visita. Sin embargo, el paciente será responsable de los copagos, deducibles y cargos no pagados o denegados

**EMPLEADO - Información del paciente**    Escriba con letra de imprenta en forma clara

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Seguro médico: \_\_\_\_\_    Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_    Sexo:    Masculino    Femenino

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_    Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: Hogar ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_    Celular ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

¿Tiene un médico de cabecera? [  ] Sí [  ] No    Nombre: \_\_\_\_\_    Lugar: \_\_\_\_\_

Firma del paciente/tutor \_\_\_\_\_    Fecha: \_\_\_\_\_

*Nota: 1) Todas las entradas deben completarse antes de que se atienda al paciente. 2) Debe completarse un nuevo formulario de autorización para cada nueva lesión o servicio. NO se debe completar para las reclamaciones de accidentes de trabajo previamente autorizadas. ¡Gracias!*