



Autorizando Tratamiento y Información

Información

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: Casa/cell: _____ Trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Seguro Social: _____ Estado Civil: Soltero/a Casado/a
 Masculino Femenino

Ocupación: _____ Tiempo Completo Medio Tiempo

¿Ha estado aquí antes? Sí No ¿Que Año? _____

¿Porque esta aquí? Lesión relacionada al trabajo Fecha de lesión: _____
 Examen Físico Prueba de Droga Prueba de Tuberculosis
 Otro (¿Que razón? _____)

¿Quien lo refirió? usted mismo su empleador su nuevo empleador

Información De Empleador

Nombre de Compañía: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Persona autorizando tratamiento: _____

Nombre de compañía de Seguro: _____

Dirección de compañía de Seguro: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Póliza #: _____ Fecha de Vigencia: _____

Consentimiento para tratamiento y/o reveler información a su seguro/empleador.

Yo aquí soy mi consentimiento para y autorización de administración de todos los diagnósticos y tratamientos terapéuticos que pudieran ser considerados aconsejables o necesarios en un juicio de acuerdo al medico en turno. Yo doy mi consentimiento para tratamiento a cualquier médico o empleado de Industrial Medical Group del Valley de Santa Maria. Más aun, al firmar abajo, doy autorización para reveler historial medico o cualquier otra información a la gente que tiene la responsabilidad, parcial o completa, por el pago de esta visita (seguro, empleador, etc.).

_____ Firma _____ Fecha _____