

PETICIÓN DE AUTORIZACIÓN PARA SERVICIOS MÉDICOS



NEGOCIOS E INDUSTRIA

Pardee Emergency Room
800 N Justice St
Hendersonville NC 28791
Teléfono: (828) 696-1000

Pardee Urgent Care
212-A Thompson St
Hendersonville NC 28792
Teléfono: (828) 697-3232
Fax: (828) 698-9570

Pardee Urgent Care
2695 Hendersonville Rd
Arden NC 28704
Teléfono: (828) 651-6350
Fax: (828) 651-6364

Pardee Urgent Care
3334 Bolyston Hwy Suite 10
Mills River NC 28759
Teléfono: (828) 694-8100
Fax: (828) 694-8101

Fecha de Hoy: _____

Tratamiento debido a un accidente de trabajo: _____ Queja/accidente: _____ Fecha del accidente: _____

Prueba de drogas (marque uno): Departamento de Transporte (DOT por sus siglas en Inglés) No-Departamento de Transporte (DOT por sus letras en Inglés) No se necesita prueba de drogas

Pre-colocación Pos-Accidente Al azar Por causa Promoción

Prueba de alcohol en el aliento (Marque uno): Pre-Colocación Pos-Accidente Al azar Por causa

Servicios Solicitados (Marque todos los que se aplican): Físico Pre-Colocación Departamento de Transporte (DOT por sus letras en Inglés) Deportes Escuela

Doctor Primario Audición Prueba de Función Pulmonar Prueba de TB Vacuna _____

Otro _____

Información del EMPLEADOR (Por favor complete la información y determine la dirección en donde se va a mandar la cuenta)

Completar previamente la siguiente información:

Empleado: _____ Empleado Contratado: _____ Empleado Temporal: _____

Nombre de la Compañía: _____ Seguro médico de compensación del trabajador: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Número de teléfono: (_____) _____ Número de teléfono: (_____) _____

Servicio Pedido Por/Autorizado Por: _____

Reclamo o factura: Dirección igual que arriba Seguro médico de compesación del trabajador

*****Tenga en cuenta***** Se le va a pedir al paciente que provea una copia de sus tarjetas de seguro médico e información. Esta información se utiliza rá en caso de que el empleador niegue cobertura o el seguro médico de compensación del empleador, en lo que se refiere a este servicio/ u otro ser vicio relacionado con la visita. Sin embargo, el paciente es responsable por cualquier co-pago, deducibles, saldos o cargos que no esten cubiertos.

EMPLEADOR-Información del paciente Por favor imprimir claramente

Nombre Completo: _____ Número de Seguro Social: _____

Seguro Médico: _____

Dirección: _____ Sexo: Masculino Femenino

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha del Accidente: _____ Número de teléfono de casa: (_____) _____ Celular: (_____) _____

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha: _____

Nota: 1) Se debe completar la información antes de que atiendan al paciente. 2) Se debe completar un nuevo formulario por cada nueva lesión o servicio. NO completar esta información para reclamos de compensación del trabajador que ya han sido autorizados. Gracias!