



Información de Compensación de Trabajadores

(Por favor, proporcione su identificación con foto)

Información de Paciente:

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ Sexo: ___ No. de Seguro Social: ___ - ___ - ___ Idioma: _____

Teléfono Celular: (____) ___ - ___ Teléfono de Casa: (____) ___ - ___ Correo Electrónico: _____

Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Numero Teléfono :(____) ___ - ___

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información laboral (en el tiempo de la herida):

Nombre de la Compañía: _____ Título: _____ Supervisor(a): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de Trabajo : (____) ___ - ___ # de Fax: (____) ___ - ___ Correo Electrónico: _____

En la fecha de la lesión / enfermedad, ¿cuáles eran los deberes laborales de la paciente? _____

Descripción del accidente/Herida: _____

¿Estás trabajando actualmente? ___ No ___ Sí ¿Dónde? _____ ¿Última fecha de trabajo? ___ / ___ / ___

Información del transportista de compensación para trabajadores:

Fecha de Herida: ___ / ___ / ___ # de Identificación del Seguro: _____ WCB #: _____

Nombre del transportista: _____ # Teléfono:(____) ___ - ___ # De Fax: (____) ___ - ___

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del Ajustador: _____ # Teléfono: (____) ___ - ___ # De Fax: (____) ___ - ___

Nombre del Abogado: _____ Empresa: _____ # Teléfono: (____) ___ - ___

Autorización de divulgación de información

Autorizo a Community Medical Wellness P.C. a obtener / divulgar todos los registros médicos para el tratamiento prestado relacionado con mi lesión relacionada con el trabajo. Autorizo el pago de beneficios médicos a Community Medical Wellness P.C.

Nombre

Firma

Fecha