

Fecha: _____

Información del empleador

Información de la empresa:

Nombre: _____

Industria Comercial: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Sitio web: _____

Necesidades de servicio

Servicios requeridos

- Pre contratación Sospecha razonable Aleatoria
- Posterior a un accidente Seguimiento
- UDS (Detección de drogas en orina)
- El cliente enviará el CCF con el paciente

Agencia evaluadora

- FRA FMCSA FTA PHMSA Guardia Costera

Análisis de abuso de sustancias

- UDS no-regulado UDS regulado Obtención de pelo
- Enviar Se enviará el CCF con el paciente Rápido
- Panel de 5 Panel de 9 Panel de 10 Panel de 11

Prueba de Alcohol

- Prueba de aliento alcohólico

Examen físico

- Pre contratación DOT Recertificación DOT
- Pre contratación Anual Salida Hazmat
- Asbestos Apto para el trabajo Retornar al trabajo

Immunizaciones

- Hep B Gripe Tétanos TDAP Otro _____

Extracción de sangre

- Panelas de metales pesados CNC CMP Otro _____

Additional Components

- Visión Snellen
- Signos vitales Audiograma
- TB Paso 1 TB Paso 2 EKG
- Radiografía de tórax vista 1
- Radiografía de tórax vista 2
- Radiografía de espalda Otro _____

Información del trabajador

Información de contacto:

Nombre: _____

Cargo: _____

Supervisor: _____

Teléfono: (_____) _____

Correo electrónico: _____

Cuidado de una lesión

Compañía de seguro de los trabajadores: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: (_____) _____

Numero de póliza: _____

Fecha de entrada en vigencia _____ Fecha de vencimiento: _____

Ajustador de reclamos: _____

- UDS regulado posterior a un accidente
- El cliente enviará el CCF con el paciente
- UDS no regulado posterior de un accidente
- Instantáneo Enviado
- El cliente enviará el CCF con el paciente
- Panel de 5 Panel de 9 Panel de 10 Panel de 11
- Panel especializado
- Prueba de alcohol posterior a un accidente (aliento/sangre)
- Disponible para trabajo liviano
- Se solicita teléfono para analizar las restricciones

On-site Services

- PPD Gripe Otro _____

Resultados

Nombre de usuario: _____

Contraseña: _____

Fecha: _____

Información del empleado

Nombre: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Número de la seguridad social: _____
 Teléfono: (_____) _____
 Correo electrónico: _____
 Dirección: _____
 Título y descripción del trabajo: _____

Información del empleador

Nombre de la empresa: _____
 Dirección: _____
 Supervisor: _____
 Teléfono: (_____) _____
 Correo electrónico: _____

Motivo para la visita de hoy

- Detección de drogas
- Inmunizaciones
- Examen físico
- Examen físico DOT
- Otro _____

Información de la lesión

Ubicación donde se produjo la lesión: _____

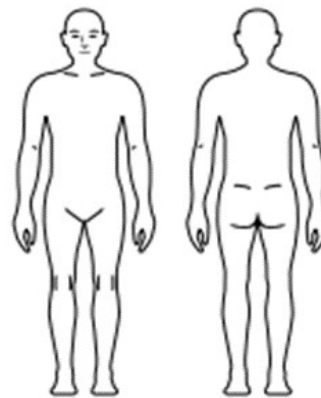
 Fecha y hora de la lesión: _____
 Fecha a la cual se notificó al empleador de la lesión: _____
 Describa en detalle cómo se produjo la lesión: _____

Información de Facturación

- Facturar **EMPLEADOR** por los servicios
- Facturar **EMPLEADO** por los servicios

Aseguradora: _____
 Número de póliza: _____
 Teléfono de la aseguradora: _____
 Dirección de la aseguradora: _____
 Autorizado por: _____
 Cargo: _____
 Nombre de contacto: _____
 Teléfono: (_____) _____

Marque las áreas donde se lesionó



¿Qué partes de su cuerpo se lesionaron?

- Sí No ¿Completó una reclamación? Reclamación numero: _____
 - Sí No ¿Tiene representación de un abogado?
 - Sí No ¿Se le trató anteriormente en otro lado por esta lesión?
- Si la respuesta es sí, nombre del medico/institucion: _____

Enumere cualquier enfermedad preexistente que haya tenido antes de esta lesión y por cuánto tiempo se lo trató por esas enfermedades.

Certifico que la información proporcionada es correcta a mi leal saber y entender. No consideraré a Dell Medical School, sus proveedores de salud o sus empleados responsables por errores u omisiones que pueda haber hecho al completar la información en este formulario. Además, en caso de que mi aseguradora de compensación del trabajador o mi empleador rechacen mi reclamación, entiendo que seré responsable por el reembolso de los servicios médicos recibidos.

Nombre de empleado: _____
 Firma de empleado: _____
 Autorizado por (nombre y firma): _____
 Autorizado por (firma): _____