

Persona obteniendo formularios: _____

Nombre del Paciente (Firma Legible) _____

 Fecha de Nacimiento
del Paciente _____

 Patient MRN (*Solo para uso en el consultorio*) _____

Proveedor _____

- Tenga en cuenta que hay **una tarifa de procesamiento de \$25.00** por todos los trámites que completa el proveedor/personal clínico y hay que esperar entre **7 y 10 días hábiles** para que sus formularios sean completados.
 - Si se realiza una solicitud para completar documentación adicional para una condición médica separada, es posible que incurra en una tarifa adicional de \$25.00.
- Tenga en cuenta: no podemos completar la documentación por ausencias laborales incurridas antes de su primera visita con el proveedor.

1. ¿Está esto relacionado con una lesión? (Circule uno): Sí NO

2. ¿La lesión está relacionada con el trabajo? (Circule uno): Sí NO

3. ¿Fecha en la que le aconsejaron que dejara de trabajar? _____

4. ¿Fecha de la cirugía O fecha del parto de embarazo? _____

5. Fecha que espera regresar al trabajo (si la desconoce, escriba la fecha de su próxima cita con su médico): _____

6. Proporcione una breve descripción de sus tareas laborales: _____

7. ¿Cuál es su horario de trabajo normal? _____

- Enumere las fechas y/u horas de descanso que esta solicitando: _____

8. ¿Su empleador le permitirá regresar al trabajo con restricciones? (Circule uno): Sí NO

- En caso de que sí, ¿qué restricciones necesitará? _____

9. ¿Necesitará tiempo libre intermitente o continuo? _____

10. ¿Hay algo más que notar sobre la situación? _____

 Me gustaría recoger mis formularios completos, por favor llámeme al: _____ cuando estén listos.

 Me gustaría que mis formularios se envíen por fax a: Nombre: _____ Fax: _____

Por la presente doy permiso a Austin Regional Clinic para divulgar mi información personal en formularios asociados con el grupo anterior. También entiendo que hay una tarifa de \$25 por completar los formularios.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Internal Use Only:

Request Taken By: _____

 TRIAGE CALL ENTERED

BO: Drop off Date: _____ **Due Date:** _____ **Charge Entered Date:** _____

Payment Date: _____ **OR** **Patient will pay at pickup**
 Clinical: Encounter signs/sent to scan on: _____