

AUTORIZACIÓN POR TRATAMIENTO MÉDICO

Este informe deberá ser completada en su totalidad por el empleador.

Envíe este formulario llenado por fax o e-mail a FAS, Inc. (972) 930-9479 o Email: CLAIMS@FASTPA.COM

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: TX CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: (____) _____ FAX: (____) _____ PÓLIZA # _____

Nombre del Empleado: _____ Número de Seguro Social: _____

Al: Suministrador Aprobado

El anteriormente referido empleado ha reportado sosteniendo una lesión / enfermedad ocupacional relacionada a su o suya empleo. Usted está autorizado para suministrar tratamiento y/o servicios de por receta necesarios desde el punto de vista médico para condiciones relacionadas a la lesión / enfermedad reportada.

Tipo de Lesión _____

Sus cargos por los servicios necesarios del punto de vista médico serán pagados directamente por el Empleador. Para facilitar el pago rápido, someta su documento de facturación y una copia del Informe (solamente médicos) a:

FAS, Inc.
P O Box 2309
Addison, TX 75001

Solicitaciones en lo que concierne el tratamiento y la facturación deben ser dirigidas a *FAS, Inc.* al (866) 930-9493. Por autorización para liberar los registros médicos y otra información relacionada a la lesión / enfermedad ocupacional del empleado arriba, refiérase al Formulario 6, Autorización Para Liberación de Registros Médicos.

Se Requiere Revisión de Drogas / Alcohol Sí No

Si esta caja está firmada y fechada, el empleado está requerido someterse a una revisión de drogas / alcohol la cual es solamente para el examen inicial y tratamiento de emergencia de la lesión notada arriba. Favor de conducir una revisión de drogas / alcohol para su panel de sustancias controladas y alcohol, además que tratando a la lesión / enfermedad ocupacional. Los resultados de la revisión de drogas / alcohol deben ser reportados solamente al Empleador.

Nombre Con Letras de Imprenta del Supervisor/Gerente

X _____
Firma del Supervisor/Gerente

Fecha