

INFORME DEL MÉDICO DE LA LESIÓN DEL EMPLEADO

Favor de estar avisado que este empleador no tiene contratado seguro de compensación de empleados. Si vuelve ser necesario hacer referencia a otro médico por tratamiento o opinión, favor de suministrar tal información a nosotros antes de la referencia para autorización adicional. Todas las facturas por tratamiento médico autorizado o cualesquiera solicitudes en lo que concierne la autorización por tratamiento deben ser dirigidas a:

Para Entregar A :

FAS, Inc.
P O BOX 2309
Addison, TX 75001-2309

Teléfono
Fax
Email:

(866) 930-9493
(972) 930-9479
CLAIMS@FASTPA.COM

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR: _____

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

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

Nombre de Empleado Lesionado: _____

1. Fecha de lesión: _____ Fecha en que se prestó el primer tratamiento: _____

2. Descripción del incidente: _____

3. Quejas iniciales: _____

4. Diagnóstico: _____

5. Naturaleza, extenso, grado, lugar en el cuerpo de la lesión _____

6. Tratamiento prescrito y pronóstico: _____

7. Medicamento recetado: _____

8. Plazo probable de confinamiento en hospital: (si corresponde) _____

9. Rayos – X tomados Sí No Si contesta "Sí", los resultados fueron: Positivo Negativo _____

10. Pruebas de laboratorio Sí No Describa al procedimiento y los resultados: _____

11. ¿Había alguna prueba de lesión o enfermedad previa o pre-existente? Sí No Si contesta "Sí", ¿que condición y a que extenso puede contribuir a la incapacidad o la recuperación? _____

12. Con intenciones de ayudar a los empleados regresar al trabajo más rápido después de una lesión / enfermedad, esta disponible un programa de deberes limitados.

- Este Empleado Puede regresar al trabajo hoy sin restricciones
 Puede regresar al trabajo hoy con restricciones como indicado abajo por _____ días
 No puede regresar al trabajo hasta _____

13. Si se requiere restricciones en o fuera del trabajo, favor de indicar abajo:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No estar de pie más que _____ horas | <input type="checkbox"/> No levantar más que _____ lb. |
| <input type="checkbox"/> No trabajo que requiere percepción de profundidad /conducir | <input type="checkbox"/> No agacharse/doblarse/retorcerse |
| <input type="checkbox"/> No alcanzar arriba de la altura de los hombros | <input type="checkbox"/> No caminar más que _____ horas |
| <input type="checkbox"/> No usar la mano D/I /extremidades superiores | <input type="checkbox"/> No portar peso en el pie D/I |
| <input type="checkbox"/> No treparse más que _____ horas | <input type="checkbox"/> Debe usar muletas / tablilla |
| <input type="checkbox"/> No empujar / estirar más que _____ lb. | <input type="checkbox"/> No operación de maquina / equipo |
| <input type="checkbox"/> Mantenga la herida; limpia, seca _____ días | <input type="checkbox"/> No exposición a (especifique, por ejemplo polvos, químicos) _____ |

14a. Liberado a deber restringido _____, 20 _____. 14b. Liberado para deberes regulares: _____, 20 _____.

15. ¿Requerirá el empleado tratamiento médico adicional? Sí No Si contesta Sí, la fecha de la próxima cita: _____, 20 _____.

16. Comments: _____

17. FIRMA DEL MÉDICO; incluyendo títulos o credenciales:
(Yo doy fe que los estados aplican a la presente factura y son hechos una parte de eso.)

FIRMADO

FECHA

18. DIRECCIÓN DEL MÉDICO, CÓDIGO POSTAL & TELÉFONO:

PIN#

GRP#