

OCCUPATIONAL HEALTH SERVICES



SERVICIOS DE SALUD DEL OCCUPACIONAL

Clinic to be used:
Clínica para ser utilizada: ☐ Carlsbad

Coming Soon: Kearny Mesa, Temecula and Newport Beach

COMPANY INFORMATION INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Name _____ Location# _____
Nombre Ubicación#

Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Dirección Ciudad Estado Código Postal

Phone _____ Fax _____ Business Type _____
Teléfono Fax Tipo de Negocio

Hour/Days of Operation _____ Number of Employees _____
Horas/Días de Operación Número de Empleados

BILLING CONTACT CONTACTO DE FACTURACIÓN

Name _____ Title _____
Nombre Título

Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Dirección Ciudad Estado Código Postal

Phone _____ Fax _____ Email _____
Teléfono Fax Correo Electrónico

TREATMENT AUTHORIZATION/WORK STATUS REPORTING CONTACT TRATAMIENTO AUTORIZACIÓN/ESTADO DE TRABAJO INFORME CONTRATO

1. Name _____ Title _____
1. Nombre Título

Phone _____ Fax _____ Email _____
Teléfono Fax Correo Electrónico

2. Name _____ Title _____
2. Nombre Título

Phone _____ Fax _____ Email _____
Teléfono Facsimil Correo Electrónico

Work status reporting by: ☐ Email ☐ Fax Modified duty available: ☐ Always ☐ Never ☐ Varies

Post-accident drug screening: ☐ Always ☐ Never ☐ Varies If yes: ☐ Rapid Drug Screen ☐ Breath/Alcohol Testing

WORKERS COMP INSURANCE CARRIER TRABAJADOR DE COMPUTADORES COMP ASEGURADORES

Insurance Carrier _____ Policy# _____
Compañía de Seguros Política#

Address _____ Effective From _____ Up to _____
Dirección Fecha Efectiva Hasta

Phone _____ Fax _____ City _____ State _____ Zip _____
Teléfono Fax Ciudad Estado Código Postal

BILLING PREFERENCES PREFERENCIAS DE FACTURACIÓN

☐ ALWAYS bill employer unless noted (Physicals, DS, BAT) ☐ ALWAYS bill W/C Insurance ☐ Bill Directly (First Aid Cases Only)

PAYMENT TERMS (Applies to bill company direct injuries and screening services)

I agree to make full payments within 30 days of the invoice and understand that services may not be rendered to my employees unless his agreement is signed and returned:

Signature _____ Print Name _____ Date _____
Firma Nombre Impreso Fecha

TREATMENT AUTHORIZATION

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Please present this form at front desk
Presente este formulario en la recepción



Employee Name _____
Nombre

Injury Date _____
Fecha de la Lesión

Employee Phone _____
Teléfono del Empleado

Employee Email _____
Email

Employer Name _____
Empleador

Employer Phone _____
Teléfono del empleador

Employer Address _____
La Ubicación

Insurance _____
Seguro de Compensación Laboral

Policy# _____
Numero de Poliza

Is Modified Work Available? ☐ Yes ☐ No

Effective From: _____ Up to _____
Fecha Efectiva Hasta

OCCUPATIONAL TREATMENT REQUESTED

TRATAMIENTO OCUPACIONAL SOLICITADO

☐ Work Related Injury Treatment ☐ Post Accident/Injury Drug Screen ☐ Return to Work Evaluation (Fitness for Duty)

EMPLOYMENT RELATED EXAMINATION/TEST/IMMUNIZATIONS REQUESTED

EXPLEO EXAMEN/PRUEBA/VACUNAS RELACIONADAS SOLICITADAS

☐ DOT/DMV Physical	☐ Employment Physical	☐ RTW Physical
☐ Respirator Clearance	☐ Drug Screen	☐ Drug Screen Collection Only
☐ Breath Alcohol Test	☐ Hepatitis B Injection	☐ Respirator Physical (OSHA)
☐ Respirator Fit Test	☐ Chest X-Ray	☐ Pulmonary Function Test
☐ Audio Test	☐ Other _____	

Signature _____
Firma

Print Name _____
Nombre Impreso

Date _____
Fecha

TREATMENT LOCATION

Carlsbad
6125 Paseo Del Norte, Ste. 130,
Carlsbad, CA 92011
Ph: (442) 244-8347
Fax: (760) 683-0470

Kearny Mesa
5643 Copley Dr., Ste. 101,
San Diego, CA 92111
Opening Soon!

Temecula
31150 Temecula Pkwy., Ste. 101,
Temecula, CA 92592
Opening Soon!

Newport Beach
20072 SW Birch St., Ste. 100,
Newport Beach, CA 92660
Opening Soon!