



Authorization for Treatment

Autorización para Tratamiento

Patient Information Información del paciente

Last Name: _____ First Name: _____ Middle Initial: _____
Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

Address: _____ Apt #: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Dirección # De apto Ciudad Estado Código postal

Phone: _____ Date of Birth: _____ Employer: _____
Teléfono Fecha de nacimiento Empleador

Location: _____ Temporary Worker: Yes No Agency: _____
Teléfono Trabajadora temporal Si No Agencia

WORK RELATED Relacionada con el trabajo

Injury Illness Date of Injury: _____
Lesión Enfermedad Fecha de la lesión

Physical Exam Relacionada con el trabajo

Placement Baseline Annual Exit
Colocación Base Anual Salida

DOT PHYSICAL DOT Físico

Preplacement Recertification
Precolocación Recertificación

SPECIAL EXAM examen especial

Asbestos Respirator Audio HPE
Amianto Respirador Audio HPE

HazMat Medical Surveillance
materiales peligrosos Vigilancia médica

DRUG SCREENING La detección de drogas

Regulated Screen Breath Alcohol
Pantalla regulada Aliento Alcohólico

Collection Only Hair Collect
Solo Colección Colección de cabello

Non-Regulated Screen Rapid Screen
Pantalla no regulada Pantalla rápida

Other: _____
Otra

SCREENING TYPE Poner en pantalla

Placement Reasonable Cause Random
Colocación Anual Aleatorio

Follow-up Post-accident
Hacer un seguimiento Post-accidente

Comments:
Comentarios

Authorized By: _____ Title: _____ Date: _____
Autorizado por Título Fecha

Phone: _____
Teléfono