



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