

**WORKERS' COMP. INJURY PATIENT FORM**

1. Workers' Compensation Insurance Information /Compañía de Seguro de Compensación a los Trabajadores Lastimados			
Insurance Carrier Name/Nombre de Aseguradora:			
Insurance Carrier Address / Domicilio De Aseguradora:			
City/Cuidad:		State/Estado:	Zip Code/Código Postal:
Insurance Carrier Phone / Teléfono de Aseguradora :			Fax:
2. Employer Name/Nombre de su Empleador :			
3. Address/Dirección:			
City/Cuidad:		State/Estado:	Zip Code/Código Postal:
Person Authorizing Treatment /Persona Autorizando Tratamiento:			
4. Nature of Business/Clase de Negocio:			
5. Full Name/Nombre Completo:			6. Sex / Sexo:
			Male / Masculino
			Female / Femenino
7. Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____ Month/Mes / _____ Day/Día / _____ Year/Año			
8. Address/Dirección:			
City/Cuidad:		State/Estado:	Zip Code/Código Postal:
9. Phone/Teléfono:	10.	Occupation/Ocupación:	
Email Address/Correo Electrónico:			
11. Seguro Social Number/Numero Seguro Social:			
12. Where did the Injury or Illness occur? / ¿Dónde ocurrió la lesión o enfermedad?			
Workplace Department / Departamento en la área de trabajo:			
Address / Dirección:			
City/Cuidad:		State/Estado:	Zip Code/Código Postal:
13. Date & Time of injury or onset of Illness / Fecha & Hora de la lesión o empezó la enfermedad			
_____ Month/Mes / _____ Day/Día / _____ Year/Año / _____ : _____ AM / PM			
14. Date last worked / Ultimo Día de Trabajo: _____ Month/Mes / _____ Day/Día / _____ Year/Año			

I hereby give my consent to and authorize the administration of all diagnostic and therapeutic treatment that may be considered advisable or necessary in the judgement of the attending physician on duty. I give my consent for treatment to any physician and/or staff member at Akeso Occupational Health. Furthermore, by signing below, I authorize release of my medical records or information to any party that is partially or fully responsible for payment for my medical care or services (insurance, employer, etc.).

*Yo aquí doy mi consentimiento y autorización a la administración de todos los diagnósticos y tratamientos terapéuticos que pudieran ser considerados aconsejables o necesarios por el médico. Yo doy mi consentimiento para tratamiento a cualquier médico o empleado de Akeso Occupational Health. Más aun, al firmar este documento, doy autorización para revelar historial médico o información a la gente que tiene la responsabilidad, parcial o completa, por el pago de esta visita (seguro, empleador, etc.)*

Signature/Firma: \_\_\_\_\_ Date/ Fecha: \_\_\_\_\_ Time / Hora: \_\_\_\_\_ am / pm