

Employer Health Services

Servicios de Salud del Empleador



Please send this form to: Por favor envíe este formulario a: customercare@akesomedical.com

Clinic to be used: Clínica para ser utilizada:

All Clinics Below

Chula Vista	Commerce	El Centro	Huntington Beach	Irvine	Lakewood	La Mirada
Mission Valley	National City	Oceanside	Oxnard	Paramount	Riverside	San Diego Downtown
SFS North	SFS South	Santa Maria	Templeton	Thousand Oaks	Vista	

COMPANY INFORMATION INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Name _____ Location# _____
Nombre Ubicación#

Address _____ City _____ State _____ ZIP _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

Phone _____ Fax _____ Business Type _____
Teléfono Facsímil Tipo de negocio

Hours/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 _____ E Mail _____
Teléfono Facsímil Correo Electrónico

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

1. Name _____ Title _____
1. Nombre Título

Phone _____ Fax _____ E Mail _____
Teléfono Facsímil Correo Electrónico

2. Name _____ Title _____
2. Nombre Título

Phone _____ Fax _____ E Mail _____
Teléfono Facsímil Correo Electrónico

Work status reporting by: Email Fax Akeso Portal if applicable Modified Duty Available: Always Never Varies
Post-accident drug screening: Always Never Varies If yes: Rapid Drug Screen DOT Drug Screen Breath/Alcohol Testing

WORKERS COMP INSURANCE CARRIER TRABAJADOR DE COMPUTADORES COMP ASEGURADORES

Insurance Carrier _____ Policy# _____
compañía de seguros Política#

Effective From: _____ Upto: _____
Fecha efectiva Hasta

Address _____ City _____ State _____ ZIP _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

Phone _____ Fax _____
Teléfono Facsímil

BILLING PREFERENCES ALWAYS bill employer unless noted (Physicals, DS, BAT) ALWAYS bill W/C Insurance Bill Directly (First Aid Cases Only)
PREFERENCIAS DE FACTURACIÓN

SPECIAL INSTRUCTIONS INSTRUCCIONES ESPECIALES Yes Si No No Please email to customercare@akesomedical.com

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

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

Signature _____ Print Name _____ Date _____
firma Nombre impreso Fecha