agile OCCUPATIONAL MEDICINE

Employer's Authorization for Treatment or Examination

Autorización del empleador para tratamiento o examen

Company Name: _____ Location/Store: _____ PO#: _____
Nombre de Empresa — Ubicación/Tiendae — Orden de compra n.º

Address: _____ Email: _____
Dirección — Correo electrónico

Company Contact Name: _____ Phone: _____
Teléfono — Teléfono

Authorized Signature: _____ *Authorized Signature Required for Medical First-aid/Treatment* Date: _____
Firma autorizada — Se requiere firma autorizada para primeros auxilios o tratamiento médico — Fecha

Employee Name: _____ SSN/ID#: _____
Nombre del empleado — Número de Seguro Social/Número de identificación

BILLING FACTURACIÓN

(Required, select all that apply) (Obligatorio; seleccione todas las opciones que correspondan)

- ☐ Employee to pay at Time of Service (Non-Injury Only)
  El empleado debe pagar al momento de recibir el servicio (solo casos sin lesiones)
- ☐ Bill Employer (Non-Injury Only)
  Empleador de facturas (solo sin lesiones)
- ☐ Lab/TPA (Non-Injury Only- Provide TPA Authorization)
  Laboratorio/TPA (Solo casos sin lesiones; proporcione la autorización del TPA)
- ☐ Self-Administered (Injury Only)
  Autoadministrado (solo lesiones)
- ☐ Workers Compensation (Report Injury to insurance Company)
  Compensación para trabajadores (notificar la lesión a la compañía de seguros)

INITIAL VISIT/WORK RELATED/INJURY CARE

VISITA INICIAL/RELACIONADO CON EL TRABAJO/ATENCIÓN DE LESIONES

☐ Evaluate & Treat (Evaluar y tratar) Date of Injury: _____ (Fecha de la lesión)

Claim: _____
Afirmar

Adjuster Name: _____
Nombre del ajustador

Phone/Email: _____
Teléfono/Correo electrónico

- ☐ First Aid Reveiw (Per State Rules- Medical Provider Will Determine)
  Revisión de primeros auxilios (según las normas estatales; lo determinará el proveedor de servicios médicos)
- ☐ Uber Transportation – call **936. 220.1607** (For Initial Injury Visit Only)
  Transporte de Uber: llame al 936-220-1607 (solo para la visita inicial por lesión)

OTHER TESTS/SPECIAL INSTRUCTIONS

OTRAS PRUEBAS/INSTRUCCIONES ESPECIALES

_____

_____

DRUG & ALCOHOL TESTING PRUEBAS DE DETECCIÓN DE DROGAS Y ALCOHOL

(Select all that apply) (Seleccione todas las opciones que correspondan)

Type: ☐ DOT (DOT) ☐ Non-DOT (No sujeto a las normas del DOT)

Reason: ☐ Random (Aleatorio) ☐ Pre-Employment (Preempleo) ☐ Post-Accident (Aleatorio) ☐ Reasonable Suspicion (Sospecha Razonable)

Testing: ☐ Drug Screen (Prueba de detección de drogas) ☐ Drug Screen Collection Only (Solo recolección de muestras para pruebas de detección de drogas)

Rapid Urine: ☐ With THC (5/10 Panel) ☐ Without THC (4/9 Panel)

Hair Analysis: ☐ Screen (Prueba) ☐ Collection Only (Solo recogida)

Breath Alcohol: ☐ DOT (DOT) ☐ Non-DOT (No sujeto a las normas del DOT)

PHYSICALS & TESTING EXÁMENES FÍSICOS Y PRUEBAS

- ☐ DOT Physical (Examen físico del DOT) ☐ Pre-Placement Physical (Examen físico previo a la contratación)
- ☐ Respirator Physical (Examen físico para el uso de respirador) ☐ TB Assessment Exam (Examen de evaluación de tuberculosis)
- ☐ Physical Abilities Testing (PAT) Pruebas de capacidad física (PAT)
  Vision Test: ☐ Ishihara ☐ Titmus (Prueba de la vista)
- ☐ Audiogram (Audiograma) ☐ TB Skin Test (Prueba cutánea de tuberculosis) ☐ Pulmonary Function Test (Prueba de función pulmonar)
- ☐ Respirator Fit Testing: Mask _____ (Prueba de ajuste de respiradores: Mascarilla) ☐ Blood Test _____ (Análisis de sangre)
- ☐ Qualitative (Cualitativo) ☐ Quantitative (At Select Centers) (En centros seleccionados) (Cuantitativo)

agile
OCCUPATIONAL
MEDICINE

Employer's Authorization for Treatment or Examination

Autorización del empleador para tratamiento o examen

Injury Information Información sobre lesiones

Injury Date: _____
Fecha de Lesion

Injury Time: _____
Tiempo que ocurio lesion

Injury Address: _____
Dirección de la lesión

How did the injury occur?
¿Cómo ocurrió la lesión?

_____

_____

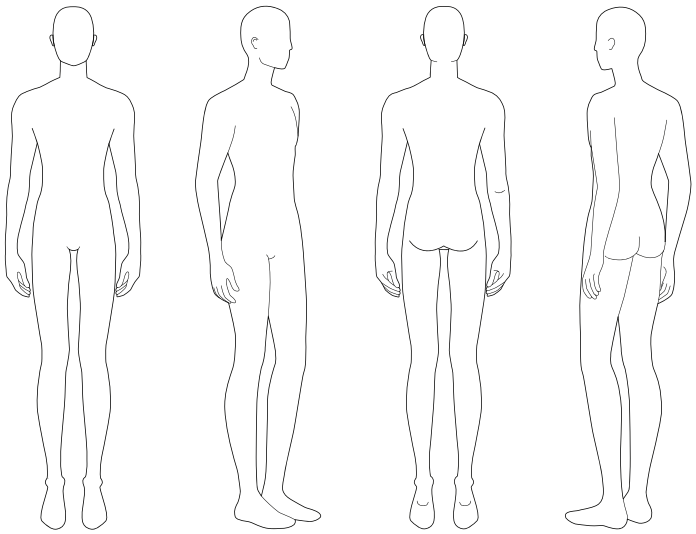
_____

What part of the body is injured?
¿Qué parte del cuerpo está lesionada?

_____

_____

_____



What side of the body is injured? Circle all areas to the right.
¿Qué lado del cuerpo está lesionado? Encierra en un círculo todas las áreas a la derecha.

☐ Left
Izquierdo

☐ Right
Derecho

☐ Both
Ambos