

PRIMARY CARE CLINICS OF GEORGIA
DAVID HOCKER MD MRO
1990 LIMESTONE CIRCLE STE 100
GAINESVILLE GA 30501
P: 770-536-1004 F: 770-536-0905

DRUG SCREEN? YES/NO
PANEL _____

BREATH ALCOHOL? YES/NO
DOT/NON-DOT

COMPENSACION DE TRABAJADOR

NOMBRE: _____ SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

#DE TELEFONO: (____) ____ - ____ SEXO ASIGNADO AL NACER: _____ IDENTIDAD DE GENERO: _____

EMPLEADOR: _____ CONTACTO: _____ TELEFONO: (____) ____ - ____

DIRECCION DE EMPLEADOR: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

SEGURO DE COMPENSACION DE TRABAJADORES: _____

DIRECCION: _____

AJUSTADOR: _____ TELEFONO: (____) ____ - ____ NUMERO DE CASO: _____

POR FAVOR EXPLIQUE COMO OCCURRIO SU ACCIDENTE: _____

FECH E Y HORA DE ACCIDENTE: _____

PARTE DEL CUERPO LESIONADO: _____

REGRESO A TRABAJAR DESPUES DEL LESION? SI/NO FECH E EN QUE REGRESO: ____/____/____

CONSULTO A OTRO MEDICO? SI/NO NOMBRE DEL MEDICO: _____

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO: _____

SE HA LESIONADO ESTA AREA ANTES? SI/NO FECH E: ____/____/____ TRATAMIENTO: _____

SIENTE QUE SUS ACTIVIDADES LABORALES ESTÁN RESTRINGIDAS COMO RESULTADO DE SU LESIÓN? SI/NO

CUÁNDO FUE SU ÚLTIMA INYECCIÓN DE TETNUS? ____/____/____

ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS SI SE DETERMINA QUE NO ESTAN RELACIONADOS CON EL TRABAJO. POR LA PRESENTE AUTORIZO A PRIMARY CARE CLINICS OF GEORGIA A REVELER TODOLA INFORMATION NECESARIA PARA ASEGURAR EL PAGO.

FIRMA DE PACIENTE: _____ FECH A: ____/____/____