

TOC/Reopening paperwork (Spanish)

Instrucciones: Favor de llenar este formulario completamente. Favor de escribir "N/A" en los espacios donde no aplica. Traiga a Worker Care o mande este formulario con sus records completos por fax al 509-575-5743.

¿En cuál(es) clínica(s) quisiera tener sus visitas médicas? Yakima Sunnyside Pasco

Nombre de Paciente: Fecha de nacimiento:

Teléfono: Numero de reclamo:

¿Reclamo Abierto? ¿Reclamo en contención?

Empleador cuando se lastimó: Fecha de lastimadura:

Nombre de Abogado: Asistente Legal:

Correo Electrónico del asistente: Tel del abogado:

Nombre del gerente del reclamo: Tel del gerente del reclamo:

Códigos diagnósticos cubiertos en el reclamo:

Códigos que esté tratando de incluir:

Tratamiento que ha recibido hasta la fecha:

| | Si/No | ¿Cuándo? | ¿Dónde? |
|---------------------------------------|-------|----------|---------|
| Terapia física | | | |
| Tratamiento quiropráctico: | | | |
| Cirugía | | | |
| Evaluación médica independiente (IME) | | | |
| Imágenes (rayos x, MRI, escaneos CAT) | | | |
| Analices laboratorios | | | |

¿Cuáles medicamentos toma actualmente?

¿Por qué pide un cambio de proveedor medico?

¿Cuáles servicios siente que necesita para mejorarse?