

### Patient Label

MRN: \_\_\_\_\_

Pt Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

## Compensación de los trabajadores

Si su enfermedad o lesión está relacionada con su trabajo, su compañía tiene un seguro para pagar sus facturas de gastos médicos. Complete este formulario, de modo que se pueda presentar adecuadamente el reclamo a su compañía. Si acepta llegar a un acuerdo según la Ley de compensación de los trabajadores (Workers' Compensation Act), asegúrese de que sus facturas de gastos médicos hayan quedado incluidas en el acuerdo.

***Si se deniegan sus reclamos según la Ley de compensación de los trabajadores, usted tendrá la responsabilidad completa del pago.***

### Información del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### Información del empleador

Nombre de la empresa al momento de la lesión: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto: \_\_\_\_\_ Cargo del contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono del contacto: \_\_\_\_\_

### Información de la lesión

Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_

Tipo de lesión: \_\_\_\_\_

Partes del cuerpo lesionadas: \_\_\_\_\_

### Información del reclamo

Si se desconoce la siguiente información al momento de la cita, comuníquese con su empleador para obtener la información necesaria y con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 630-942-7998 en un plazo de cinco (5) días hábiles. No dar esta información puede generarle algún saldo debido a que la consulta se convertirá en su responsabilidad.

Compañía de seguros responsable: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

Número de reclamo: \_\_\_\_\_ Ajustador de reclamos: \_\_\_\_\_

**Por este medio autorizo a DuPage Medical Group a que revele a mi empleador, al representante de la Ley de compensación de los trabajadores o a sus designados, cualquier información requerida en relación con mi condición médica o tratamiento.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o del representante legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_