

## Autorización para el Tratamiento Inicial

Nombre Impreso del Empleado

Numero de Seguro Social

Numero de la Tienda

### PARA: PROVEEDOR APROBADO

El empleado de la referencia anterior ha reportado que sufrió una lesión ocupacional relacionada con su empleo con el Propietario Operador de McDonald's indicado abajo (El "Empleador"). A usted se le autoriza proporcionar tratamiento médicamente necesario, sujeto a los términos del plan de lesión ocupacional del Empleador, para condiciones relacionadas con la lesión reportada. Todas las referencias que se hagan a otros proveedores médicos aprobados deben ser aprobadas por adelantado contactando al Empleador en el número de teléfono abajo.

Si este cuadrado es firmado y fechado, se requiere que el empleado se someta a un examen de droga/alcohol. Por favor, efectúe un examen de droga/alcohol para su panel de sustancias controladas y alcohol, además de tratar la lesión ocupacional. Los resultados del examen de droga/alcohol se deben reportar confidencialmente solo al Representante del Empleador especificado abajo.

X \_\_\_\_\_  
Firma del Representante del Empleador

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

El Reporte de Lesión del Empleado ("Reporte") que se incluye debe ser completado por el médico tratante. Por favor, proporcione al empleado una copia de este Reporte e incluya una copia en su documento de factura.

Sus cobros por los servicios médicamente necesarios le serán pagados directamente por el Empleador, sujeto a los términos del plan de lesión ocupacional del Empleador. Para facilitar su pronto pago, envíe su factura y una copia del Reporte (médicos solamente) al Empleador al:

Dirección de Facturación del Empleador: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Las preguntas sobre el tratamiento y/o facturación deben ser hechas al Empleador al (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ a la dirección de arriba. Para la autorización para dar a conocer registros médicos y cualquier información relacionada con la lesión ocupacional del empleado de arriba, por favor refiérase a la "Autorización Para Dar A Conocer La Información de Salud" que se incluye.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Empleador Propietario Operador

X \_\_\_\_\_  
Firma del Representante del Empleador

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

**Send this form with injured employee to your medical provider.**