



ORTHOPAEDIC ASSOCIATES

of Wisconsin

There is a Difference

FORMULARIO DE INFORMACION DE COMPENSACION DEL TRABAJADOR

INFORMACION DEL PACIENTE:

PACIENTE ULTIMA NAME _____ PRIMER INT _____ MID NAME _____

FECHA DE BIRTH _____ GENERADOR: M F # _____ DE SEGURIDAD SOCIAL _____

INFORMACION DEL EMPLEADOR:

NOMBRE/UBICACION DEL EMPLEADOR DONDE SE OCURRE
LESIONES: _____

ESTADO DE EMPLEO: TIEMPO COMPLETO TIEMPO PARTE AUTOEMPLEADO
OTHER _____

NOMBRE Y TELEFONO DE SUPERVISORES NUMBER _____

SEGURO DE COMP DE TRABAJO NAME _____

NOMBRE Y TELÉFONO DEL AJUSTE NUMBER _____

NUMERO DE RECLAMO DE COMP DE TRABAJO: _____

INFORMACION DE LESIONES:

FECHA DE LESIONES: _____ BODY PART: _____

¿SE INFORMÓ DE LAS LESIONES A EMPLEADOR?: SI NO

¿SE TRATA EN OTRO LUGAR POR ESTA LESION?: SI NO

SI SI, ¿DÓNDE? _____

DESCRIBE COMO SE HA PRODUCIDO LA LESIONES

INFORMACION DE SEGURO DE SALUD PERSONAL:

NOMBRE DEL SEGURO PERSONAL DE SALUD: _____

ID _____

SUBSCRIBER NOMBRE: _____ SUBSCRIBER DOB: _____

Tenga en cuenta que facturaremos a su compañía de seguros personal si la compañía de compensación de trabajo deniega su reclamo. Es su responsabilidad proporcionar a Orthopaedic Associates of WI Billing Department toda la información actualizada que reciba con respecto a su cobertura de Compensación de Trabajador o cualquier cambio en su seguro personal.

Firma del paciente



ORTHOPAEDIC ASSOCIATES

o f W i s c o n s i n

There is a Difference.

**SI NO PUEDE PROPORCIONAR LA SIGUIENTE
INFORMACION DURANTE SU VISITA EN OAW. POR
FAVOR LLAME DENTRO DE 5 DIAS CON LA SIGUIENTE
INFORMACION.**

Por favor llame o envíe un correo electrónico:

MARISSA SCHMITT PH: 262.303.5156

EMAIL: MSCHMITT@ORTHOWISCONSIN.COM

- **Compañía de Seguros de Compensación al Trabajador**
- **Nombre del Ajustador**
- **Número de teléfono del ajustador:**
- **Reclamación:**

Toda la información debe obtenerse para la facturación oportuna de su lesión de Compensación al Trabajador.

**** TENGA EN CUENTA QUE FACTURAREMOS A SU COMPAÑÍA DE SEGUROS PERSONALES SI NO SE RECIBE LA INFORMACIÓN DEL TRANSPORTISTA DE TRABAJO O SI EL TRANSPORTISTA DENIEGA SU RECLAMO. SI NO RECIBIMOS NINGUNA COMPAÑÍA DE SEGURO PERSONAL O PAGO, USTED SERÁ RESPONSABLE DE LA FACTURA.**