



817 E 66th Street, Richfield, MN 55423
Tel: (612) 488-1566 | Fax: (612) 488-1564
Email: billing@swoopeye.com

Acuerdo del Paciente de Compensación al Trabajador

Se le ha programado una cita con un neuro-optometrista para una visita al consultorio o una evaluación neurooptométrica en Swoop Eye Care. Su neuro-optometrista evaluará sus habilidades visuales y evaluará su salud ocular. Completar este formulario no garantiza la cobertura del seguro de compensación para trabajadores de su empleador. La cobertura es determinada por su compañía de seguros de compensación para trabajadores. Swoop Eye Care le proporcionará toda la documentación necesaria a usted y a las partes solicitadas (*con consentimiento por escrito solo mediante formulario de autorización médica*) para apoyar sus necesidades de cuidado de los ojos y la visión. Este formulario debe completarse antes de su evaluación. Se aconseja que tenga un *Referencia de su proveedor de atención médica tratante y un número de autorización de reclamo* antes de su evaluación. Todos los servicios prestados se facturarán con los cargos habituales. Si el seguro de compensación para trabajadores no lo paga, los cargos se enviarán a su póliza de seguro médico personal.

Información del Paciente (paciente o empleador para completar):

Nombre Completo:		
Fecha de nacimiento	Genero: Mas <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Otro:	
NSS:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	CP:
Telefono de Casa :	Telefono Movil/Trabajo:	

Compensación del Trabajador (Paciente o Empleador del Paciente)

Aseguranza:	Telefono:	Fax:
Nombre completo del administrador de casos:		Email:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	CP:
Póliza/Reclamación #:	Autorización #:	
Nombre del Empleador		
Dirección del Empleador:		
Ciudad:	Estado:	CP:
Telefono:		
Formulario completado por (escriba sus nombres/apellidos):		
Fecha del accidente		
Firma del Paciente:	Fecha:	

=====Swoop Eye Care Facturación ABAJO=====

Fecha de la lesión:	
<input type="checkbox"/> Paciente incapaz de trabajar	Fechas en las que no se puede trabajar:
<i>Disponible para volver a trabajar:</i>	
<input type="checkbox"/> El paciente puede trabajar en un horario "limitado"	
Número de horas por semana:	
Fecha de la visita inicial (no la fecha de la lesión):	
Diagnostico:	
<input type="checkbox"/> Siniestro facturado a la aseguradora	