

# Employer Health Services

Servicios de Salud del Empleador



**Please send this form to:** Por favor envíe este formulario a:  
customer@akesomedical.com or fax to 949.752.1133 att: Billing Setup

**Clinic to be used:** Clínica para ser utilizada:

SANTA MARIA-3070 Skyway Drive, Suite 106, Santa Maria, CA 93455

## COMPANY INFORMATION INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Name \_\_\_\_\_ Location# \_\_\_\_\_  
Nombre Ubicación#  
Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código postal  
Phone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Business Type \_\_\_\_\_  
Teléfono Facsímil Tipo de negocio  
Hours/Days of Operation \_\_\_\_\_ Number of Employees \_\_\_\_\_  
Horas/Días de operación Número de empleados

## BILLING CONTACT CONTACTO DE FACTURACIÓN

Name \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_  
Nombre Título  
Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código postal  
Phone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E Mail \_\_\_\_\_  
Teléfono Facsímil Correo Electrónico

## TREATMENT AUTHORIZATION/WORK STATUS REPORTING CONTACT TRATAMIENTO AUTORIZACIÓN / ESTADO DE TRABAJO INFORME CONTACTO

1. Name \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_  
1. Nombre Título  
Phone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E Mail \_\_\_\_\_  
Teléfono Facsímil Correo Electrónico  
2. Name \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_  
2. Nombre Título  
Phone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E Mail \_\_\_\_\_  
Teléfono Facsímil Correo Electrónico

Work status reporting by:  Email  Fax Modified Duty Available:  Always  Never  Varies  
Post-accident drug screening:  Always  Never  Varies If yes:  Rapid Drug Screen  DOT Drug Screen  Breath/Alcohol Testing

## WORKERS COMP INSURANCE CARRIER TRABAJADOR DE COMPUTADORES COMP ASEGURADORES

Insurance Carrier \_\_\_\_\_ Policy# \_\_\_\_\_ Effective Date \_\_\_\_\_  
compañía de seguros Política# Fecha efectiva  
Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código postal  
Phone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Teléfono Facsímil

**BILLING PREFERENCES**  ALWAYS bill employer unless noted (Physicals, DS, BAT)  ALWAYS bill W/C Insurance  Bill Directly (First Aid Cases Only)  
PREFERENCIAS DE FACTURACIÓN

**SPECIAL INSTRUCTIONS** INSTRUCCIONES ESPECIALES  Yes Si  No No Please email to customer@procareworkcomp.com

## PAYMENT TERMS (Applies to bill company direct injuries and screening services) CONDICIONES DE PAGO

I agree to make full payment within 30 days of the invoice, and understand that services may not be rendered to my employees unless this agreement is signed and returned:

Signature \_\_\_\_\_ Print Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
firma Nombre impreso Fecha