

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:

7300 Alondra Blvd., Ste 100, Paramount, CA 90723

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@akesomedical.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