

# Employer Health Services

Servicios de Salud del Empleador



Please send this form to: Por favor envíe este formulario a: [customercare@akesomedical.com](mailto:customercare@akesomedical.com)

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

**All Clinics Below**

Chula Vista	Commerce	El Centro	Huntington Beach	Irvine	Lakewood	La Mirada
Mission Valley	National City	Oceanside	Oxnard	Paramount	Riverside	San Diego Downtown
SFS North	SFS South	Santa Maria	Templeton	Thousand Oaks	Vista	

## 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 Akeso Portal if applicable 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 [customercare@akesomedical.com](mailto:customercare@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