Midtown Occupational Health Services

Formulario de Autorización del Empleador de Midtown

Nombre del paciente: _____

NSS: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Servicios autorizados por: _____ Fecha: _____

Marque los servicios que están autorizados y/o requeridos a continuación:

☐ **Tratamiento de lesiones**

Fecha de la lesión: _____ Parte del cuerpo lesionada: _____

☐ **PRUEBA DE DROGAS**

☐ Empleado DOT ☐ Empleado no DOT

Marque una opción:

☐ Después del accidente ☐ Aleatoria ☐ Por causa justificada ☐ Preempleo

---

☐ **PRUEBA DE ALCOHOL EN ALIENTO** (Marque una opción:)

☐ Después del accidente ☐ Aleatoria ☐ Por causa justificada ☐ Preempleo

---

☐ **SERVICIOS AUXILIAR** (Marque todos los que correspondan)

☐ Examen físico posterior a la oferta de empleo (sin prueba de detección de drogas)

☐ Examen físico y prueba de detección de drogas tras la oferta de empleo

☐ Examen físico de detección de exposición al asbesto para nuevos empleados

☐ Examen físico del DOT

☐ Examen médico anual de exposición al asbesto

☐ Examen físico respiratorio

☐ Prueba de función pulmonar

☐ Plomo/ZPP

☐ Examen físico de materiales peligrosos

Lista de exposiciones: _____

☐ **OTHER** (Anything not listed above): _____

Por favor vaya a Midtown Occupational Health Services para servicios o tratamiento médico.

Midtown Occupational Health Services, 2490 West 26th Avenue, Building A Suite 300, Denver, CO 80211

Horas de Operacion (Lunes a Viernes)

Cuidado de Heridas: 7:00am-5:00pm | **Pre Exámenes de Droga para Empleo:** 7:00am-4:30pm

Examenes de Droga para DOT con Físico: 7:00am-2:00pm | **Telefono:** (303) 831-9393 **Fax:** (303) 831-6335