



Estimado paciente o abogado:

Gracias por elegir a Southwest Orthopaedic Specialists para atender sus necesidades de atención médica.

Se cobrar á una cuota de \$35.00 por completar los formularios médicos, la cual debe pagarse por adelantado y antes de su finalización.

Aceptamos pagos en efectivo, cheque, orden de pago o tarjeta de crédito o débito.
NO envíe dinero en efectivo por correo.

Todos los pagos se pueden hacer O enviar por correo a nuestra oficina de South OKC:
Southwest Orthopaedic Specialists, PLLC
Atención: FORMS
8100 S. Walker Bldg A
Oklahoma City, OK 73139

El pago se puede realizar v á telefónica si paga con tarjeta de crédito o débito comunic ándose con nosotros al: **405-632-4468 x1070**

Una vez que se reciba el pago, debe esperar alrededor de **10 a 14 días hábiles** para la finalización de los formularios.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA: tarjeta de crédito o débito

Nombre en la tarjeta (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE): _____

Número de la tarjeta: _____ Exp: _____ CVV: _____

Dirección en los archivos del acreedor: _____

Con mi firma abajo, autorizo a Southwest Orthopaedic Specialists a cargar en mi tarjeta de crédito la cantidad de \$35.00 por los servicios de llenado de los formularios.

Firma del titular de la tarjeta: _____ Fecha: _____



INFORMACIÓN SOBRE LOS FORMULARIOS FMLA-STD

NOTA: Se cobrará una cuota de \$35.00 por completar los formularios médicos, la cual debe pagarse por adelantado.

COMPLETE POR FAVOR TODA LA INFORMACIÓN EN SU TOTALIDAD Y CON EXACTITUD

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Fecha de nacimiento: _____

DIRECCIÓN DEL PACIENTE: _____

TELÉFONO DEL PACIENTE _____ Número de Seguro Social: _____

MÉDICO TRATANTE: _____

¿A DÓNDE NECESITA QUE SE ENVÍEN LOS FORMULARIOS?

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA: _____

A LA ATENCIÓN DE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ FAX: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL NECESARIA:

¿ES UNA LESIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJO? SÍ/NO

Elija una de las siguientes opciones:

1. Fecha de inicio de la licencia continua: _____
Fecha prevista de regreso al trabajo: _____
2. Fecha de inicio de la licencia intermitente: _____

Si su médico le indicó que no vuelva al trabajo o le programaron una intervención quirúrgica, ¿cuál es la primera fecha de trabajo a la que faltó o faltará?

FECHA: _____

Con mi firma abajo, doy autorización a Southwest Orthopaedic Specialists para procesar el pago y enviar la información médica correspondiente a la entidad mencionada arriba.

Firma del Paciente/Abogado: _____ Fecha: _____

