

Formulario de visitas

Información para el paciente

Nombre del paciente			Fecha de nacimiento
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico		Numero de Seguros Sociales
Dirección física			
Ciudad	Estado	Código postal	Parroquia/Condado

Motivo de la visita

Enfermedad / Lesión (Seleccione una)	<input type="checkbox"/> Relacionados con el trabajo	<input type="checkbox"/> Personal		
Lugar de trabajo	Operador de Arrendamiento			
Queja:				
Ensayo	<input type="checkbox"/> Prueba de detección de drogas	<input type="checkbox"/> Físico	<input type="checkbox"/> Ocupacional	<input type="checkbox"/> COVID

Representante de la empresa

Nombre	
Título	Compañía
Número de teléfono	Correo electrónico

Información de facturación de la empresa

Nombre del contacto de facturación	Teléfono de facturación
Dirección de facturación de la empresa	
Correo electrónico de facturación	

Entiendo que al firmar este formulario, autorizo a XstremeMD a tratar al empleado anterior y la compañía anterior será responsable del pago de todos los honorarios incurridos. Si la visita se considera personal después de que haya comenzado, la compañía sigue siendo responsable de los cargos.

Entiendo que XstremeMD no factura Compensación a los Trabajadores, Medicaid o seguro privado. Se espera que pague a XstremeMD por la factura antes de la fecha de vencimiento. Si no ha configurado una cuenta de cliente con XstremeMD, el pago vence en 14 días. La falta de pago dará lugar a que su empresa ya no sea atendida en nuestras clínicas.

Firma del Representante de la Empresa