



## FORMA DE TRATAMIENTO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES

### INFORMACIÓN DEL EMPLEADO/CLIENTE

Nobre del empleado \_\_\_\_\_

Està siendo referido para el tratamiento de uan lesion relacionada con el trabajo que ocurriò en: \_\_\_\_\_

Firma del supervisor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañia \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de telèfono de la Compañia \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN DEL EMPLEADO

Esta forma autoriza al proveedor de asistencia médica que me trata a para dar a Employers Resource oa sus representatnes toda la información relacionada con mi condición (ya sea oralmente or por escrito), mientras estè bajo su ovsección o tratamiento. Esta información puede incluir historia, hallazgos, lecturas de rayos X, diagnòsticos, y su pronòstico en cuanto al desarrollo posterior o future; y fotocopiar los archivos que se requieran.

Firma del Empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### INOFRMACIÓN PARA PROVEEDORES DE SALUD

Employers Resource Management es un co-empleador con la compañía mencionada anteriormente. Todas las preguntas de Compensación al Trabajador deben ser referidas al Departamento de Compensación de Trabajadores al (208) 426-8006 o (800) 775-2404. Por favor, si deja un mensaje de correo de voz hable despacio y repita su número.

Si necesita preautorización o tiene preguntas sobre la facturación, comuníquese con el number siguiente:

**Zurich American Insurance Company**  
Schaumburg- Home Office Claims  
PO Box 66946  
Chicago, IL 60666-1946  
Phone No.: 800-525-2251  
Fax: 847-605-7616

**1301 South Vista Avenue • Boise, Idaho 83705 • (208) 426-8006 • (800) 775-2404 • Fax (866) 214-9505**  
**Email • [workcomp@employersresource.com](mailto:workcomp@employersresource.com)**