

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO ADICIONAL

TECLEE O ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA.

Número de reclamación

SOLICITUD DE TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO ADICIONAL

Nombre del empleado lesionado

N.º de Seguro Social

Fecha de la lesión

Nombre del empleador

Nombre del quiropráctico a cargo del tratamiento

Fecha del último tratamiento

Cantidad de tratamientos desde la primera visita del lesionado

DESCRIBA LA CONDICIÓN ACTUAL DEL EMPLEADO LESIONADO (Incluya sus hallazgos objetivos, los síntomas y las quejas del paciente)

DEFINA Y ESPECIFIQUE LA CANTIDAD DE TRATAMIENTOS ADICIONALES PARA LOS CUALES SE SOLICITA AUTORIZACIÓN:

¿El empleado lesionado es capaz de trabajar actualmente?

SÍ NO

Indique la fecha en la que se completará el tratamiento si se concede la autorización:

Si respondió "NO", estime la fecha en la que el empleado podrá regresar al trabajo:

Fecha Firma y dirección del quiropráctico a cargo del tratamiento Número de teléfono

DOCTOR EN QUIROPRÁCTICA.

PARA DETERMINACIÓN DE LA ASEGURADORA

SE CONCEDE LA AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS QUIROPRÁCTICOS ADICIONALES.

Se **deniega** la autorización de tratamiento quiropráctico adicional.

Otra determinación:

Fecha Firma Cargo