



AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO EN CASO DE INDEMNIZACIÓN LABORAL

**SE DEBE HACER UNA PRUEBA DE DROGAS Y ALCOHOL EN LA SANGRE PARA TODAS
LAS LESIONES DE INDEMNIZACIÓN LABORAL**

PROVEEDOR: _____

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA: _____

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____

FECHA DE LA LESIÓN: _____

TIPO DE LESIÓN: _____

PASAR FACTURA A: **BRIDGE HR Staffng**
3477 Corporate Parkway, Suite 100
Center Valley, PA 18034
Attn: Risk
Risk@bridgehrsta ng.com

FIRMA DEL SUPERVISOR

FECHA