

- No completamos formularios si un paciente ha sido dado de alta o aún no ha sido visto por un proveedor de Midlands Ortho & Neurosurgery
- Los formularios anuales y a largo plazo requieren una reevaluación por parte del proveedor tratante a cargo del paciente
- Hay un cargo de **\$30 por formulario** y los formularios no se completan hasta que se reciba el pago
- Puede tomar hasta 5 días hábiles para completar sus formularios
- El soporte de RecordQuest está disponible en help@recordquest.com o al 803.933.6100 después de enviar este formulario

_____ **X \$30.00 =** _____
 Número de Formularios Monto Adeudado

Solicitar y Pagar en Línea
<https://AskForRecords.com/MidOrthoNeuro>



_____ / / _____
 Nombre del Paciente Apellido del Paciente Fecha de Nacim. Últimos 4 del SSN

No Sí ⇒ _____
 ¿FMLA para un Familiar? Nombre (Familiar) Apellido (Familiar) Parentesco con el Paciente

Solo responde las preguntas a continuación que sean aplicables a su solicitud

_____ No Sí _____
 Nombre de su Médico ¿Sigue Trabajando? ¿Regresó al Trabajo? Fecha de Retorno

_____ / / _____
 Parte del Cuerpo Lesionada Fecha de Lesión Inicio de Discapacidad Última Visita

¿Consiente incluir copias de registros médicos? Sí No

Relacionado VIH / SIDA Sí No

Psiquiátrico / Salud Mental Sí No

Trat. Alcohol / Drogas Sí No

Pruebas Genéticas Sí No

Correo y teléfono para notificaciones importantes sobre esta solicitud:

Email _____ Teléfono _____

Método Preferido Email Mensaje de Texto Llamada Automatizada

¿Cómo desea que se le entregue el formulario completado?

Entrega electrónica segura (Debe ingresar un CORREO ELECTRÓNICO o TELÉFONO MÓVIL arriba)

Fax ⇒ Nombre / Empresa _____ Número de Fax _____

Correo ⇒ Usar la dirección de la compañía de seguros en el formulario

Dirección Alternativa _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Autorizo a Midlands Orthopaedics & Neurosurgery a divulgar cualquier información requerida de registros médicos/de salud, y/o información sobre el estado laboral/regreso al trabajo a mi empleador/aseguradora de discapacidad/administrador de FMLA, aseguradora de póliza de accidentes en mi nombre, según lo indicado por mi firma a continuación.

Firma del Paciente _____ Fecha _____ / / _____