



Telemedicine Treatment Authorization

Autorización de Tratamiento de Telemedicina

Patient Information Información del paciente

Last Name: _____ First Name: _____ Middle Initial: _____
Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

Phone: _____ Date of Birth: _____ Email: _____
Teléfono Fecha de nacimiento Correo electrónico

Address: _____ Apt #: _____ City: _____ State: _____ ZIP: _____
Dirección # De apto Ciudad Estado Código postal

Employer: _____ Occupation: _____
Empleador Ocupación

Work Injury/Illness Information Información sobre lesiones/enfermedades

Date of Injury: _____ Time of Injury: _____ Injury Lesión Illness Enfermedad
Fecha de la lesión Hora de la lesión

Nature of Injury: _____
Naturaleza de la herida

Address where injury occurred: _____ City: _____ State: _____ ZIP: _____
Dirección donde ocurrió la lesión Ciudad Estado Código postal

Comments: _____
Comentarios

Telemedicine Instructions Instrucciones de Telemedicina

1. Complete this Telemedicine Treatment Authorization form and click "Submit Form" at the bottom. If printed and filled out manually, email completed form to telmed@agileocmed.com
Complete el formulario de Autorización para tratamiento de telemedicina en PDF que se encuentra arriba y haga clic en Enviar formulario en la parte inferior. Si está impreso y completado manualmente, envíe el formulario completo por correo electrónico a telmed@agileocmed.com
2. Contact Agile Occupational Medicine at **(424) 292-3260** during normal business hours Monday-Friday 8:30AM – 5:30PM, to complete the registration process and initiate the telemedicine visit. After hours, call 888-84TELEMED (888-848-3536) to speak with the on-call physician to complete the registration process and initiate the telemedicine visit.
Comuníquese con Agile Occupational Medicine al (424) 292-3260 durante el horario laboral normal de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:30 p. m., para completar el proceso de registro e iniciar la visita de telemedicina. Fuera del horario de atención, llame al 888-84TELEMED (888-848-3536) para hablar con el médico de guardia para completar el proceso de registro e iniciar la visita de telemedicina.
3. Click on the link sent to the patient's email or cell phone or from the designated email or cell phone.
Haga clic en el enlace enviado al correo electrónico o celular del paciente o desde el correo electrónico o celular designado.
4. Enter name and date of birth to confirm identity and then securely connect to an occupational medicine doctor.
Ingrese el nombre y la fecha de nacimiento para confirmar la identidad y luego conéctese de manera segura con un médico de medicina ocupacional.

Authorized By: _____ Title: _____ Phone: _____ Date: _____
Autorizado por Título Teléfono Fecha