



**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO
PARA COMPENSACIÓN LABORAL**

DEBEN realizarse pruebas de detección de drogas / alcohol en la sangre para TODAS las lesiones de compensación laboral

Proveedor: _____

Nombre de empresa: _____

Nombre de empleado: _____

Fecha de la lesión: _____

Tipo de lesión: _____

Cobrar a: **Star HR / Infinity Risk Management**
PO Box 4189
Winter Park FL, 32973 Attn: Claims
claims@irmngt.com

Firma del Supervisor: _____ Fecha: _____