



**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: \_\_\_\_\_