NJ OCCMED
OCCUPATIONAL HEALTH CLINIC

1221N. Church Street, Suite #104
Moorestown, NJ 08057 Phone:
(856) 924-9188 Fax:
856-735-9878
www.njoccmed.com

EMPLOYER REFERRAL & AUTHORIZATION
(REFERENCIA Y AUTORIZACIÓN DEL EMPLEADOR)

Employer information
(Información del empleador)

Company: _____
(Empresa)

Contact person: _____
(Persona de contacto)

Phone: _____ **Email:** _____
(Teléfono) (Correo electrónico)

Workers' compensation carrier / TPA: _____
(Aseguradora de compensación laboral / Administrador externo (TPA)_

Claim number: _____
(Número de siniestro/reclamación)

Adjuster contact: _____
(Contacto del ajustador)

Requested service
(Servicio solicitado)

☐ **Initial injury evaluation**
(Evaluación inicial de la lesión)

☐ **Injury follow-up**
(Seguimiento de la lesión)

☐ **Pre-placement examination**
(Examen previo a la contratación)

☐ **Return-to-work assessment**
(Evaluación para el retorno al trabajo)

☐ **Fitness-for-duty assessment**
(Evaluación de aptitud para el desempeño laboral)

☐ **Other:** _____
(Otro)

Employee name: _____
(Nombre del empleado)

Job title: _____
(Puesto de trabajo)

Essential job functions and physical demands
(Funciones esenciales del puesto y exigencias físicas)

☐ **Sedentary** ☐ **Light** ☐ **Medium** ☐ **Heavy** ☐ **Very heavy**
(Sedentario) (Ligero) (Medio) (Pesado) (Muy pesado)

Lifting requirements: _____
(Requisitos de levantamiento de cargas)

Standing/walking requirements: _____
(Requisitos de bipedestación (estar de pie) o caminata)

Other essential duties: _____
(Otras funciones esenciales)

Employer authorization
(Autorización del empleador)

I authorize the requested evaluation and confirm that the employer's referral and billing information provided above is accurate. I understand that medical information may be disclosed only as permitted by applicable law and valid authorization.
Authorized representative: _____

(Autorizo la evaluación solicitada y confirmo que la información de derivación y facturación del empleador proporcionada anteriormente es correcta. Comprendo que la información médica solo puede divulgarse conforme a lo permitido por la legislación vigente y mediante una autorización válida.
Representante autorizado)

Title: _____ **Date:** _____
(Cargo) (Fecha)

Signature: _____
(Firma)