Department of Labor and Industries
Provider Review & Education Unit
PO Box 44322
Olympia WA 98504-4322

COMENTARIOS SOBRE EL EXÁMEN MÉDICO INDEPENDIENTE

Por favor use este cuadro para darnos sus comentarios, positivos o negativos, acerca de su Exámen Médico Independiente. Gracias.

Fecha del exámen: _____ Número de reclamo _____

Nombre de la compañía que realizó el exámen (si lo sabe)

Nombre del doctor(es) (si lo sabe) (1)	(2)

Comentarios: (por favor sea específico)

Fecha	Firma