



The Patient Advocate Pharmacy®

Workers' Compensation Enrollment Form

FAX THIS FORM TO OUR PRESCRIPTION FAX HOTLINE

Pharmacy Fax: 1-800-497-4276

OR EMAIL IT TO:

enroll@IWPharmacy.com

INJURED WORKER INFORMATION

Personal Information

Client Name: _____
Last First Middle

Address: _____
Street City State Zip

Date of Birth: ____/____/____ **Social Security Number:** ____-____-____

Gender: _____ **Email Address:** _____

Primary Phone Number: _____ **Circle Type:** Home / Cell

Alternative Phone Number: _____ **Circle Type:** Home / Cell

Claim Information

Claim Number: _____ **Date of Injury:** ____/____/____
MM DD YR

Insurance Carrier: _____ **Phone:** _____

Employer: _____ **Phone:** _____

Address State City Zip

Attorney (If Applicable): _____ **Paralegal (If Applicable):** _____

Claim State: _____

Preferred Method of Contact: Phone / Text / Email



La Farmacia que Respalda al Paciente®

Formulario de Inscripción de Compensación para Trabajadores

ENVÍE ESTA FORMULARIO A NUESTRA LÍNEA DE FAX

Fax: 1-800-497-4276

O ENVIE POR CORREO ELECTRONICO:

enroll@IWPharmacy.com

INFORMACION DEL TRABAJADOR LESIONADO

Información personal

Nombre del cliente: _____
Apellido Nombre segundo nombre

Dirección: _____
Calle No. De Apt. Ciudad Estado Código Postal

Fecha de nacimiento: ____/____/____ **Número de Seguro Social:** ____ - ____ - ____

Sexo: _____ **Correo Electrónico:** _____

Numero de teléfono primario: _____ **Seleccione:** Hogar/ Celular

Numero de teléfono secundario: _____ **Seleccione:** Hogar/ Celular

Información de reclamo

Numero de reclamo: _____ **Fecha de accidente:** ____ / ____ / ____
MM DD YR

Nombre de aseguranza: _____ **Número de teléfono:** _____

Empleador: _____ **Número de teléfono:** _____

Dirección Estado Ciudad Código postal

Abogado (si es aplicable): _____ **Paralegal** (si es aplicable): _____

Estado de reclamo: _____

Método de contacto preferido: Teléfono/ Mensaje de texto / Correo Electrónico