

Laundry and Dry Cleaning Workers Local No. 52 Health & Welfare Trust Fund

Administered By: Benefit Programs Administration
Telephone • (562) 463-5060 • (800) 524-8687 • FAX (562) 463-5894

CONTINUITY OF CARE FORM

If you are currently under going medical treatment where service con not be interrupted. complete this form as soon as possible so that you can be assisted in making the appropriate transition.

EMPLOYEE DATA :

Name: _____ SS# _____

Home Address: _____

PATIENT DATA:

Name: _____ Phone No. _____

Doctors' Name: _____ Specialty: _____

Phone No: _____

Example: Maternity, Chemotherapy for Cancer or if you are scheduled for a surgery in December.

FORMA DE CONTINUACIÓN

Si usted esta en tratamiento continuo donde los servicios no pueden ser interrumpidos. Complete esta forma lo mas pronto posible para que se le pueda asistir en hacer los cambios apropiados.

INFORMACION DEL EMPLEADO

Nombre: _____ SS# _____

Dirección: _____

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ No. de Teléfono: _____

Nombre del Doctor: _____ Especialidad: _____

No. de Teléfono: _____

Ejemplo: Maternidad, Quimoterapia de o si tiene una cirugía programada para Diciembre.