

PREDESIGNACION DE MEDICO PERSONAL

En caso usted sostiene una lesion o enfermedad relacionaron a su empleo,usted puede ser tratado para tal lesión o enfermedad por su médico personal (M.D.), medico de osteopática (D.O.) o el grupo médico si:

- su empleador ofrece cobertura del grupo de salud;
- el médico es su médico regular, que será un médico que ha limitado su ejercicio de la medicina a la práctica general o que es certificado o elegible internista, pediatra, el obstetra-ginecólogo, o practicante familiar, y ha dirigido anteriormente su tratamiento médico, y retiene sus registro medico;
- su "médico personal" puede ser un grupo médico si es una corporación o una asociación que se compone de médicos con licencia de medicina o de osteopatía, que opera una especialidad multiple integrada a un grupo médico que proporciona un extenso servicios médicos completos predominantemente para enfermedades de lesiones no de trabajo;
- antes de la lesion su médico estara de acuerdo en tratarle para lesiones de trabajo o enfermedades;
- antes de la lesión usted le proporcionara a su empleador el siguiente por escrito: (1) nota que usted desea a su médico personal tratarle para una lesion o enfermedad relacionado al trabajo, y (2) el nombre personal y dirección de su doctor.

Usted puede utilizar esta forma para notificar a su empleador si desea tener su médico personal o un médico de medicina osteopatico para tratarle a usted de una lesion o enfermedad relacionada a su trabajo y los requisitos antes mencionados son cumplidos.

AVISO DE PREDESIGNACION DE MEDICO PERSONAL

El empleado: Complete esta sección

Para: _____ (nombre de empleador) Si usted tiene una lesion o enfermedad escojo ser tratado por:

(Nombre de médico) (M.D., D.O., o grupo médico)

(Dirección, ciudad, estado, zona postal)

(Número de teléfono)

Nombre del empleado (por favor escribir letra de molde): _____

Dirección del empleado: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Médico: Estoy de acuerdo con esta predesignacion:

Firma : _____ Fecha : _____

(Médico o empleado designado del médico o grupo médico)

El médico no está obligado a firmar este formulario, sin embargo, si el médico o empleado designado del médico o grupo médico no firma, otra documentación del acuerdo del médico para ser designado se requerirá de conformidad con el Título 8, Código de Regulaciones, sección 9780.1 (a) (3).

Título 8, Código de Regulaciones, sección 9783.
(Formulario DWC Facultativo 9783 01 de marzo 2007)

