DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PERSONAL

En el caso que usted sufra una lesión o enfermedad relacionada con su empleo, usted puede ser tratado por dicha lesión o enfermedad por su médico personal (MD), doctor en medicina osteopática (DO) o grupo médico si:

• Su empleador ofrece cobertura de salud de grupo;
• El médico es su médico de cabecera, quien deberá ser un médico que ha limitado su práctica de la medicina a la práctica general o que es internista certificado por la junta o candidatos, pediatra, ginecólogo obstetra o médico de familia, y ha dirigido previamente su tratamiento médico, y tiene su expediente médico;
• Su "médico personal" puede ser un grupo médico si es una sola corporación o asociación compuesta de doctores licenciados en medicina u osteopatía, que opera en el grupo interdisciplinario de médicos integrado que proporciona servicios médicos integrales sobre todo para las enfermedades no profesionales y las lesiones.
• Antes de la lesión su médico está de acuerdo en que el tratamiento de lesiones o enfermedades laborales;
• Antes de la lesión no le proporcionó a su empleador por escrito lo siguiente: (1) aviso de que quiere que su médico personal para darle el tratamiento para una lesión o enfermedad relacionada, y (2) el nombre de su médico personal y dirección del negocio.

Usted puede usar este formulario para notificar a su empleador si usted desea que su médico personal o un doctor en medicina osteopática darle el tratamiento para una lesión o enfermedad y los requisitos se cumplan.

AVISO DE PREDISIGNATION O MEDICO PERSONAL

Empleado: Complete esta sección.

A: _____ (nombre del empleador) Si tengo accidente de trabajo o enfermedad, elijo ser tratado por:

_____
(Nombre del médico) (M.D., D.O. o grupo médico)

_____
(Dirección, ciudad, estado, código postal)

_____
(Número de Teléfono)

Nombre del empleado (en letra de imprenta): _____

Dirección del empleado: _____

Firma del Empleado _____ Fecha: _____

Médico: Estoy de acuerdo con esta pre-designación:

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 requiere de conformidad con el Título 8, Código de Regulaciones, sección 9780.1 (a) (3).

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