

KONOCTI UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Compensación de trabajadores: Predesignación de médico personal

Si su empleador ofrece seguro médico de grupo y usted se lesiona en el trabajo, usted tiene derecho a ser tratado inmediatamente por su médico personal (M.D. –Doctor en Medicina-, D.O. –Doctor en Osteopatía-) si avisa a su empleador, por escrito, y antes de la ocurrencia de la lesión. De conformidad con el artículo 4600 del Código Laboral, para reunir los requisitos como su médico personal predesignado, el médico debe confirmar, por escrito, que está de acuerdo en tratarlo por lesiones laborales, debe haber dirigido previamente su cuidado médico y debe tener en su poder su historia y expedientes médicos. Su médico predesignado debe ser un médico familiar, médico general, internista titulado (un médico que especializa en el diagnóstico y el tratamiento no quirúrgico de enfermedades para adultos), obstetra-ginecólogo, pediatra o un grupo médico multi-especial cuyo practica es predominantemente para lesiones y enfermedades no profesionales.

Este es un formulario opcional que puede usar para avisar a su empleador sobre su médico personal. Usted puede elegir usar otro formulario, siempre que dé aviso a su empleador por escrito, antes de la ocurrencia de alguna lesión y le proporcione una constancia por escrito indicando que su médico personal reúne los requisitos previamente mencionados y está de acuerdo en dicha predesignación. De lo contrario, usted será atendido por algún proveedor médico para casos de compensación de trabajadores designado por su empleador.

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____

Acuso recibo de este formulario y elijo no designar anticipadamente a mi médico personal, por ahora. Entiendo que el proveedor médico de mi empleador me proporcionará tratamiento médico. Entiendo que, en el futuro y en cualquier momento, puedo cambiar de opinión y proporcionar aviso por escrito sobre mi médico personal. Entiendo que el aviso por escrito debe obrar en el expediente antes de la ocurrencia de una lesión laboral.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Si sufriera una lesión de trabajo, quiero ser atendido por mi médico personal*:

Nombre del médico _____ Número de teléfono _____

Dirección del médico _____

* Este es mi médico personal que ha dirigido mi atención médica previamente y tiene en su poder mi historia y registros médicos.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

El médico personal debe estar de acuerdo en que se le designe anticipadamente y en tratarlo por lesiones laborales. El resto de este formulario debe ser completado por su médico y devuelto a su empleador.

CONFIRMACIÓN DEL MÉDICO PERSONAL

De conformidad con el artículo 4600 del Código Laboral, para calificar usted debe cumplir con los requisitos indicados más arriba. No se requiere que firme este formulario; sin embargo, si usted o el empleado que ha designado no lo firma, se requerirán otros documentos, por escrito, sobre el acuerdo del médico para que se le designe con anticipación, de acuerdo con el Título 8, del Código de Reglamentos de California, artículo 9780.1(a)(3).

NOMBRE DEL MÉDICO PERSONAL: _____

Estoy de acuerdo en tratar al empleado arriba nombrado en caso de accidentes o lesiones laborales. Cumpló con los requisitos arriba indicados. Estoy de acuerdo en adherirme a las Normas y Reglamentos del Director Administrativo, Artículo 9785, sobre los deberes del médico designado por el empleado.

No estoy de acuerdo en tratar al empleado arriba nombrado en caso de accidentes o lesiones laborales.

No califico como médico personal del empleado. No soy M.D. o D.O., o no cumpla con los requisitos detallados más arriba.

Firma del médico

Fecha

Sírvase enviar el formulario llenado a: Julie Alves

KONOCTI UNIFIED SCHOOL DISTRICT, P.O. BOX 759, LOWER LAKE, CA. 95457 (707) 994-6475