

Designacion Prévía Del Médico Personal

En el supuesto en que usted sufra una lesión o enfermedad relacionada con su empleo, puede recibir tratamiento para dicha lesión o enfermedad por parte de su médico de la HMO, en los casos mencionados a continuación:

- Si antes de la lesión usted suministró a su empleador por escrito lo siguiente: (1) una notificación respecto de que deseaba que su médico lo tratase por una lesión o enfermedad laboral, y (2) el nombre y domicilio comercial de su médico;
- Si su médico está de acuerdo en cumplir con los requisitos de la Red de Servicios de Salud de Indemnización Laboral de Texas [Texas Workers Compensation Healthcare Network].

Puede utilizar este formulario para notificar a su empleador si desea que su médico personal o un osteópata le brinde tratamiento por su lesión o enfermedad laboral y que se cumplen los requisitos anteriores.

Notification Dé Designation Prévia Del Médico Personal

Empleado: complete esta sección.

Para: _____
(nombre del empleador).

Si sufro de una lesión o enfermedad laboral, prefiero que me trate:

(Nombre del médico) (M.D. [Medical Doctor, doctor en medicina], D.O. [Doctor of Osteopathic Medicine, osteópata])

(Calle, ciudad, estado, código postal)

(Número de teléfono)

Nombre del empleado (en letra de molde): _____

Domicilio del empleado: _____

Firma del empleado _____ Fecha: _____

Médico: acepto esta designación previa:

Firma: _____ Fecha: _____

(Médico o empleado designado por el médico)

El médico no tiene obligación de firmar este formulario. No obstante, si no constara su firma o la del empleado que éste designe, se exigirá la presentación de otra documentación que evidencie que el médico acepta la designación previa, de conformidad con los Artículos §§ 1305.105 §1305.005 y 1305.451 del Código de Seguros.