

# NOTIFICACIÓN DEL DERECHO DEL EMPLEADO A ELEGIR UN MÉDICO

**NOTIFICACIÓN AL EMPLEADOR:** Entréguele este formulario al trabajador lesionado tan pronto como sea posible **DESPUÉS** de cada lesión.

## EL EMPLEADO PUEDE ELEGIR

Cuando Ud. sufra una lesión laboral, puede que tenga el derecho a elegir el médico que lo trate.

Si su empleador le notifica de este derecho después del accidente, la elección que tiene Ud. está limitada a un médico que ha tratado o bien a Ud. o a un familiar cercano antes de la lesión.

- Ud. debe de hacer su elección tan pronto como sea posible después de que su empleador le dé esta notificación.
- Si Ud. tiene tal médico y quiere que ese médico le trate su lesión laboral, debe de decirle al empleador el nombre del médico.
- Ud. puede utilizar el *Formulario de Nombramiento de Médico Elegido* a continuación para registrar el médico que Ud. elige.
- Los familiares cercanos incluyen su esposo/a, hijos, padres, hijastros y padrastros.
- Si su empleador se lo pide, Ud. o su familiar debe de entregarle permiso escrito para verificar tratamiento previo.

Si es una emergencia, reciba el tratamiento que necesite, y luego dígame a su empleador el nombre de su médico.

Ud. puede elegir cualquier médico para operarle en una cirugía mayor o amputación si ese tratamiento está recomendado.

Una vez elegido el médico, no se le permite cambiar de médicos a no ser que su empleador esté de acuerdo o si el Tribunal de Compensación de Trabajadores ordene tal cambio. No constituye un cambio de médicos si el médico elegido le deriva a Ud. a otro médico.

Si se le niega el reclamo, Ud. puede elegir cualquier médico. Ud. será responsable por los gastos médicos a no ser que se le responsabilice a su empleador por el reclamo en un momento futuro.

Si Ud. elige un médico fuera de la comunidad en la que vive o trabaja y se encuentra disponible un médico en una comunidad más cercana, Ud. no recibirá reembolso por millaje.

## EL EMPLEADOR PUEDE ELEGIR

Si Ud. fue notificado pero no elige un médico que ha tratado a Ud. o a un familiar antes del accidente, entonces SU EMPLEADOR TIENE EL DERECHO A ELEGIR EL MÉDICO.

Si Ud. fue notificado pero Ud. o su familiar no le da permiso al empleador para que verifiquen tratamiento previo con el médico que Ud. elige, entonces SU EMPLEADOR TIENE EL DERECHO A ELEGIR EL MÉDICO.

### CONFIRMACIÓN DE NOTIFICACIÓN AL EMPLEADO

Mi empleador me ha notificado del derecho a elegir un médico.

\_\_\_\_\_  
[NOMBRE DEL EMPLEADO]

\_\_\_\_\_  
[FIRMA DEL EMPLEADO]

\_\_\_\_\_  
[FECHA DE NOTIFICACIÓN]

### EMPLOYER CONFIRMATION OF NOTICE

Yo le he informado a mi empleado de su derecho a elegir un médico.

\_\_\_\_\_  
[NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR]

\_\_\_\_\_  
[FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR]

\_\_\_\_\_  
[FECHA DE NOTIFICACIÓN]

## FORMULARIO DE NOMBRAMIENTO DE MÉDICO ELEGIDO

Yo elijo que el siguiente médico me trate por la lesión laboral que sufrí el \_\_\_\_\_. Doy fe de que este médico ha tratado o bien a mí o a un familiar cercano antes de esta lesión laboral.

[FECHA DE LESIÓN]

\_\_\_\_\_  
[NOMBRE DEL MÉDICO]

\_\_\_\_\_  
[FIRMA DEL EMPLEADO]

\_\_\_\_\_  
[DIRECCIÓN DEL MÉDICO, SI SE SABE]

\_\_\_\_\_  
[FECHA]

**O** (Marque la(s) razón(es) por no elegir un médico)

- No hay médico que ha tratado o a mí o a un familiar cercano antes de esta lesión.
- He recibido notificación de mi derecho a elegir un médico pero no deseo elegir un médico que ha tratado o a mí o a un familiar cercano.

\_\_\_\_\_  
[FIRMA DEL EMPLEADO]

\_\_\_\_\_  
[FECHA]