

Formulario de denegación de tratamiento médico por parte del Empleado

Empleado

Mi Gerente/Supervisor me ha informado que puedo buscar tratamiento médico para la lesión que puede haber ocurrido en el trabajo según la información que se indica a continuación. No creo que se necesite tratamiento médico en este momento, pero voy a informar a mi Gerente / Supervisor inmediatamente si surge la necesidad.

Nombre impreso del empleado:

Fecha de la lesión, (empleado):

Hora de la Lesión, (Empleado):

AM PM

Enumerar partes específicas del cuerpo (ejemplo: mano derecha, dedo índice):

Lista de tipo de lesionado específico (ejemplo: rasguño, quemadura, corte):

Gerente/Supervisor

Comentarios:

Firma del Empleado: _____

Fecha: _____

Firma del Gerente/Supervisor: _____

Fecha: _____

Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en llamar al Departamento de Reclamaciones o Control de Pérdidas de Insured Solutions.

**Por favor enviar el formulario completado a: Fax (480) 289-6220
ó e-mail WCNewClaims@InsuredSolutions.net.**