

DESIGNACIÓN PREVIA DE UN MÉDICO PARTICULAR

En caso de que usted sufra una lesión o enfermedad laboral, puede ser tratado por su médico particular (un doctor en medicina) o un médico osteópata (doctor en osteopatía) si:

En la fecha de su lesión en el trabajo, tiene una cobertura medica para lesiones o enfermedades que no están relacionados con el trabajo.

El médico es su médico particular, el cual debe ser ya sea doctor en medicina y haya limitado su práctica a la medicina general o sea internista certificado por el Consejo Médico o próximo a obtener dicha especialidad, o pediatra, ginecólogo-obstetra o médico familiar y que anteriormente haya estado a cargo de su tratamiento médico y tenga en su haber sus registros médicos;

Su "médico particular" puede ser un grupo médico si se trata de una sola sociedad o una asociación formada por doctores en medicina u osteopatía con licencia, la cual opere un grupo médico integrado de varias especialidades y ofrezca servicios médicos integrales y principalmente en cuanto a lesiones y enfermedades no laborales;

Antes de la lesión, su médico está de acuerdo en tratarlo por lesiones o enfermedades laborales;

Antes de la lesión, usted entregó por escrito lo siguiente a su empleador: (1) notificación de que desea que su médico particular lo trate por una lesión o enfermedad laboral y (2) el nombre y la dirección del consultorio de su médico particular.

Deberá usar este formulario para avisar a su empleador si desea que su propio médico o su doctor en osteopatía le den tratamiento debido a una lesión o enfermedad laboral y si se reúnen los requisitos anteriores.

NOTIFICACIÓN DE DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PARTICULAR

Empleado:

Llene esta sección.

PARA: (nombre del empleador). Si tengo una lesión o enfermedad laboral, elijo ser tratado por:

(nombre of médico) (Dr. o médico osteópata)

(dirección, ciudad, estado, Código Postal)

(Número de teléfono)

Nombre del empleado (en letra de imprenta):

Dirección del empleado:

Firma del empleado:

Fecha: _____

Nombre de la compañía aseguradora, el plan o fondo de proporcionar cobertura de salud para lesiones y enfermedades no ocupacional:

El médico: Estoy de acuerdo con esta designación previa:

Firma:
(el médico o su empleado designado)

Fecha: _____

Según el Título 8 del Código de Normatividad de California, artículo 9780.1(a)(3), no se requiere que el médico firme este formulario; sin embargo, si el médico o su empleado designado no lo firma, se requerirá otra documentación que avale que el médico acepta ser designado.

NOTIFICACIÓN SOBRE QUIROPRÁCTICO O ACUPUNTURISTA PERSONAL

Si su empleador o la aseguradora de su empleador no tienen una Red de Proveedores de Atención Médica, usted puede cambiar el médico que lo atiende por su quiropráctico o acupunturista personal después de una lesión o enfermedad laboral. Para poder hacer este cambio, deberá dar por escrito a su empleador el nombre y la dirección profesional de su quiropráctico o acupunturista personal con anterioridad a que ocurra una lesión o enfermedad laboral. Generalmente su administrador de reclamaciones tiene derecho a escoger al médico que lo atenderá dentro de los primeros 30 días a partir de que su empleador se entere de su lesión o enfermedad. Después de que su administrador de reclamaciones haya indicado que inicie el tratamiento con otro médico en ese lapso, usted podrá entonces, previa solicitud, cambiar a su quiropráctico o acupunturista personal. Después de 24 consultas, los quiroprácticos no pueden seguir siendo médicos primarios de tratamiento.

Nota: Si la fecha de su lesión es Enero 1, 2004 o más tarde, un quiropráctico no puede ser su médico tratante después de haber recibido 24 visitas con el quiropráctico a menos que su empleador autorizo visitas adicionales. Una "visita quiropráctica" significa cualquier servicio prestado incluso manipulación quiropráctica, evaluación y manejo médico. Si aún necesita tratamiento médico después de haber recibido las 24 visitas, tendrá que elegir un nuevo médico que no es un quiropráctico. Este reglamento no se aplica para las citas postquirúrgicas (después de cirugía) prescritos por un cirujano o un médico designado por el cirujano bajo el Programa de Utilización de Tratamiento Médico de la División de Compensación Laboral.

Puede usar este formulario para notificar a su empleador quién es su quiropráctico o acupunturista personal.

Datos de su quiropráctico o acupunturista:

(nombre del quiropráctico o acupunturista)

(dirección, ciudad, estado, Código Postal)

(Número de teléfono)

Nombre del empleado (en letra de imprenta): _____

Dirección del empleado: _____

Firma del empleado: _____ Fecha: _____