

PREDESIGNACIÓN DEL EMPLEADO DE SU MÉDICO TRATANTE

Nombre del Empleado

Número de Seguro Social

Dirección

Fecha de Nacimiento

Ciudad/Estado/Código Postal

Fecha de Contratación de Empleo

- I. Por medio de la presente, designo al médico especificado más adelante, como mi médico tratante, en caso de que ocurra una lesión en el trabajo durante o después de la fecha de esta notificación.

Nombre del Médico: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

- II. Certifico que el médico es mi médico de atención primaria y que ha conducido mi tratamiento médico previamente y que tiene en su posesión mis registros médicos, incluyendo mi historial médico.
- III. Mi médico está de acuerdo con esta predesignación.
- IV. Mi empleador provee cobertura de seguro médico de grupo, no laboral.

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Estoy de acuerdo en ser predesignado y soy médico, con licencia para ejercer según lo estipulado en el Capítulo 5 de la División 2 del Código de Negocios y de Profesionales.

Firma del Médico: _____ Fecha: _____