



DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PARTICULAR

En caso de que usted sufra una lesión o enfermedad relacionada con su empleo, usted puede recibir tratamiento médico por esa lesión o enfermedad de su médico particular (M.D.), médico osteópata (D.O.) o grupo médico si:

- En la fecha de su lesión laboral usted tiene cobertura de atención médica para lesiones o enfermedades no laborales
- Su empleador le ofrece un plan de salud grupal
- El médico es su médico familiar o de cabecera, que será un médico que ha limitado su práctica médica a medicina general o que es un internista certificado o elegible para certificación, pediatra, gineco-obstetra, o médico de medicina familiar y que previamente ha estado a cargo de su tratamiento médico y tiene su expediente médico
- Su "médico particular" puede ser un grupo médico si es una corporación o sociedad o asociación compuesta de doctores certificados en medicina u osteopatía, que opera un integrado grupo médico multidisciplinario que predominantemente proporciona amplios servicios médicos para lesiones y enfermedades no relacionadas con el trabajo.
- Antes de la lesión su médico está de acuerdo a proporcionarle tratamiento médico para su lesión o enfermedad de trabajo
- Antes de la lesión usted le proporcionó a su empleador por escrito lo siguiente: (1) notificación de que quiere que su médico particular le brinde tratamiento para una lesión o enfermedad de trabajo y (2) el nombre y dirección comercial de su médico particular.

Puede usar este formulario para notificarle a su empleador que desea que su médico particular o médico osteópata le proporcione tratamiento médico para una lesión o enfermedad de trabajo y que los requisitos mencionados arriba han sido cumplidos.

Por favor, envíe este aviso directamente a Intercare en el abordar a continuación, proporcionar una copia a la oficina de personal del departamento y guardar una copia para sus archivos.

NOTICIA DE DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PARTICULAR

Empleado: Rellene esta sección.

A: _____ (Nombre del empleador)

Si sufro una lesión o enfermedad de trabajo, yo elijo recibir tratamiento médico de:

Nombre del medico (M.D., D.O. o grupo medico): _____

Dirección, ciudad, estado, código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Nombre del empleado (por favor imprima primero, último centro): _____

E-mail del empleado: _____

DSW número: _____

Domicilio del empleado: _____

Firma del empleado _____ Fecha: _____

Médico: Estoy de acuerdo con esta Designación Previa:

Firma: _____ Fecha: _____

(Médico o Empleado designado por el Médico o Grupo Médico)

El médico no está obligado a firmar este formulario, sin embargo, si el médico o empleado designado por el médico o grupo médico no firma, será necesario presentar documentación sobre el consentimiento del médico de ser designado previamente de acuerdo al Código de Reglamentos de California, Título 8, sección 9780.1(a)(3). FORMULARIO 9783 DE LA DWC (7/2014)

EMPLEADO: Devuelve formulario original –

ATTN: MPN Department

InterMed CCS

PO Box 21947, Eagan, MN 55121

Or Email: MPNMedicalAssistant@intermedccs.com

Numero de telefono del Asistente de Acceso Medico: (877) 746-3157