

# RED DE PROVEEDORES MÉDICOS DE PRAETORIAN INSURANCE COMPANY/TMC

## Forma para la Pre-Designación del Médico del Empleado

Si yo me lesionase en el trabajo, deseo ser tratado por mi médico personal, quien me ha tratado antes y tiene mi expediente médico. Mi empleador provee un seguro o beneficios de salud colectivos a través de:

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la compañía de seguros que provee el seguro de salud colectivo)

\_\_\_\_\_  
(Nombre de empleador)

\_\_\_\_\_  
(Numero de política)

\_\_\_\_\_  
(Periodo de política)

\_\_\_\_\_  
(Trabaje de sitio)

### Información del empleado:

\_\_\_\_\_  
(Nombre del empleado – EN LETRA DE MOLDE, por favor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de nacimiento del empleado)

\_\_\_\_\_  
(Fecha del empleado de emplea)

Para poder tratar me lesión de indole laboral, entiendo que mi médico primero deberá aceptar actuar como mi Proveedor Tratante Primario bajo el programa para accidentes o enfermedades laborales de mi empleador. En el caso de que el médico arriba mencionado no sea el apropiado para tratar mi lesión de indole laboral o no acepte actuar bajo tal capacidad, estaré obligado a buscar atención médica con otro médico de la red de proveedores médicos.

Yo acepto las condiciones arriba indicadas.

\_\_\_\_\_  
(Firma del empleado)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

### Información sobre su doctor:

\_\_\_\_\_  
(Nombre del doctor -- EN LETRA DE MOLDE, por favor)

\_\_\_\_\_  
(Numero de identificación de Impuesto Nacional del Doctor)

\_\_\_\_\_  
(Especialidad del doctor)

\_\_\_\_\_  
(Telefono del doctor)

\_\_\_\_\_  
(Dirección del doctor)

Por la presente certifico que soy el médico regular del arriba nombrado empleado y que estoy licenciado para ejercer conforme al Capítulo (comenzando con la Sección 2000) de la División 2 del Código de Negocios y Profesionales. Soy el médico personal del empleado arriba nombrado y en el pasado he dirigido el tratamiento médico de este empleado y tengo bajo mi resguardo su expediente médico, incluyendo su historia médica. Estoy de acuerdo en ser predesignado como médico de este empleado en caso de una lesión en el trabajo.

\_\_\_\_\_  
(Firma del doctor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

(Note al Empleador: Retenga la forma completada en el archivo del personal de empleado y adelante una copia a TMC.)