

Forma para el Empleado de Denegacion de Tratamiento Medical

Empleado

Mi Gerente/Supervisor me ha aconsejado que puedo buscar tratamiento médico por la lesión que me ocurrió en el trabajo, por la siguiente información. No creo que tratamiento médico necesario en este momento. Yo le informaré a mi Gerente/Supervisor inmediatamente, si en caso de llegar a necesitar tratamiento alguno.

Nombre del Empleado:

Fecha de la Lesión, por Empleado:

Hora de la Lesión, por Empleado:

AM PM

Especifique las partes del cuerpo (por ejemplo: mano derecha, dedo indice):

Especifique el tipo de dano (por ejemplo: rasguro, quemadura, cortada):

Gerente/Supervisor

Comentarios::

Firma de Empleado: _____

Fecha: _____

Firma de Gerente/Supervisor: _____

Fecha: _____

Por favor siéntase libre de llamar al departamento de Reclamos o Control de Pérdidas de NationalPEO si tiene alguna pregunta.

Favor de mandar por fax al (480) 289-6220 o correo electrónico a WCNewClaims@NationalPEO.com