

WORK COMP DECLINATION OF MEDICAL TREATMENT

DATE: _____

Employer Information

EMPLOYER: _____

TREATMENT AUTHORIZED BY: _____

TITLE: _____

PHONE NO.: _____

Injured Worker Information

EMPLOYEE: _____ SOCIAL SECURITY NUMBER: _____

TITLE: _____

DEPARTMENT: _____ LOCATION: _____

DATE OF INJURY: _____ BODY PART INJURED: _____

Treatment Declination

I am declining my employer's offer of authorized medical treatment to cure and relieve the effects of the injury I am claiming to have sustained at work on _____ (today's date). I understand that by declining my employer's offer of medical care, any treatment I obtain on my own will be at my own expense.

I also understand that if I reconsider and am interested in receiving authorized medical care, I must advise my employer as soon as possible.

EMPLOYEE SIGNATURE: _____ DATE: _____

REMARKS: _____

Submit completed form to:

DECLINACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO DE COMPENSACIÓN LABORAL

FECHA: _____

Información del Empleador

EMPLEADOR: _____

TRATAMIENTO AUTORIZADO POR: _____

TÍTULO DEL PUESTO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

Información del Trabajador Lesionado

EMPLEADOR: _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

TÍTULO DEL PUESTO: _____

DEPARTAMENTO: _____ UBICACIÓN: _____

FECHA DE LESIÓN: _____ PARTE DEL CUERPO LESIONADA: _____

Declinación de Tratamiento

Rechazo la oferta de mi empleador de tratamiento médico autorizado para curar y aliviar los efectos de la lesión que afirmo haber sufrido en el trabajo el _____ (fecha de hoy). Entiendo que, al rechazar la oferta de atención médica de mi empleador, cualquier tratamiento que obtenga por mi cuenta cor.

También entiendo que si reconsidero y tengo interés en recibir atención médica autorizada, debo informar a mi empleador tan pronto como sea posible.

FIRMA DEL EMPLEADO: _____ FECHA: _____

COMENTARIOS: _____

Enviar el formulario completado a: