

RECHAZO DEL TRATAMIENTO

FECHA DE HOY: _____

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____

Desde la fecha indicada anteriormente, notifico a mi empleador acerca de una lesión que ocurrió el
(FECHA): _____

☐	Mi supervisor no recibió notificación acerca de este incidente.
☐	Mi supervisor recibió notificación acerca de este incidente el (FECHA): _____

Esta lesión, (describa brevemente la condición) _____

No ocurrió durante mi alcance normal y obligaciones.

En este momento, mi empleador me ha solicitado ser evaluado médicamente por un *proveedor médico preferido*. Sin embargo, **declino que sea evaluado médicamente para la condición indicada anteriormente.**

Comprendo que, al firmar este documento, reclamos futuros respecto de esta lesión requerirán una evaluación médica mediante el proveedor de atención médica preferido enumerado a continuación. También comprendo que si decido buscar tratamiento médico para esta lesión que primero debo notificar a mi supervisor y dirigirme al siguiente proveedor.

PROVEEDOR: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____

**EN CASO DE QUE SU ESTADO AMENACE LA VIDA, DEBE BUSCAR
ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA DE EMERGENCIA.**

CLARACIONES DEL EMPLEADO

Al firmar este formulario, ratifico que:

- No he buscado tratamiento médico para esta lesión.
- **Comprendo que es política de mi patrono requerir un analisis de drogas despues del accidente y este rechazo de tratamiento medico no elimina este requisito.**

He leído la información anterior y acuerdo que es fáctica y declaraciones verdaderas. Autorizo que cualquier proveedor de médicos, hospitales o atención médica para entregar y suministrar todos y cada uno de los registros médicos u otra información relacionada con la condición enumerada anteriormente.

Firma del Empleado		Fecha	
Firma del Supervisor / Testigo		Fecha	