

Sonoma County Junior College District

Compensación de trabajadores: Predesignación del médico personal

Si usted tiene seguro médico y se lesiona en el trabajo, usted tiene derecho a ser tratado inmediatamente por su médico personal (M.D. - Doctor en Medicina, D.O. - Doctor en Osteopatía) o grupo médico; si notifica a su empleador, por escrito y antes de la ocurrencia de la lesión. De conformidad con el artículo 4600 del Código Laboral, **para reunir los requisitos como su médico personal predesignado, el médico debe confirmar por escrito, que está de acuerdo en tratarlo por lesiones laborales**, debe haber dirigido previamente su cuidado médico y conservar su historia y expedientes médicos. Su médico predesignado debe ser un médico familiar, médico general, certificado o internista titulado, obstetra-ginecólogo o pediatra. Su "médico personal" puede ser un grupo médico, si es una corporación o sociedad compuesta de médicos licenciados, medicina u osteopatía la cual opera un grupo médico integrado de múltiples especialidades que brinda servicios médicos completos predominantemente por enfermedades y lesiones que no sean laborales.

Este es un formulario opcional que puede usar para avisar a su empleador sobre su médico personal. Usted puede elegir usar otro formulario, siempre y cuando dé aviso a su empleador **por escrito, antes** de la ocurrencia de alguna lesión y le proporcione una **constancia por escrito** indicando que su médico personal reúne los requisitos previamente mencionados y está de acuerdo con dicha asignación. De lo contrario, será atendido por uno de los proveedores médicos para casos de compensación de trabajadores designados por su empleador.

NOMBRE DEL EMPLEADO Y DOMICILIO: _____

- ☐ **Acuso recibo de este formulario y elijo no designar anticipadamente a mi médico personal en este momento.** Entiendo que el proveedor médico de mi empleador me proporcionará tratamiento médico. Entiendo que, en cualquier momento en el futuro puedo cambiar de opinión y proporcionar aviso por escrito sobre mi médico personal. Entiendo que el aviso por escrito debe estar en el expediente antes de la ocurrencia de una lesión laboral.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

- ☐ **Si sufriera una lesión de trabajo, deseo ser atendido por mi médico personal*:**

Nombre del médico o grupo médico _____ Número de teléfono _____

Dirección _____

* Este es mi médico personal que ha dirigido mi atención médica previamente y conserva mi historia y registros médicos.

Nombre de compañía de seguros, Plan o Fondo de cobertura de salud por enfermedades o lesiones no ocupacionales:

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

El médico personal debe estar de acuerdo con que se le designe anticipadamente y en tratarlo por lesiones laborales. El resto de este formulario debe ser completado por su médico y devuelto a su empleador.

VERIFICACIÓN DEL MÉDICO PERSONAL

De conformidad con el artículo 4600 del Código Laboral, para calificar, usted debe cumplir con los requisitos indicados anteriormente. No se requiere que firme este formulario; sin embargo, si usted o el empleado que ha designado no lo firma, se requerirán otros documentos, **por escrito**, sobre el acuerdo del médico para que se le designe con anticipación, de acuerdo con el Título 8, del Código de Reglamentos de California, artículo 9780.1(a)(3).

NOMBRE DEL MÉDICO PERSONAL O GRUPO MÉDICO: _____

- ☐ **Estoy de acuerdo en tratar al empleado arriba nombrado en caso de accidentes o lesiones laborales.** Cumpro con los requisitos indicados anteriormente. Estoy de acuerdo en adherirme a las Normas y Reglamentos del Director Administrativo, Artículo 9785, sobre los deberes del médico designado por el empleado.
- ☐ **No estoy de acuerdo en tratar al empleado arriba nombrado en caso de accidentes o lesiones laborales.**
- ☐ **No califico como médico personal del empleado** No soy M.D. o D.O., o no cumpro con los requisitos detallados anteriormente.

(Médico o Médico asignado del empleado o Grupo médico)

Fecha

Por favor, devuelva el formulario completado a "Atención: Recursos Humanos de SRJC":

Por correo: Santa Rosa Junior College, 1501 Mendocino Ave., Santa Rosa, CA 95401, Correo electrónico: hremployeehealth@santarosa.edu, o por FAX: (707) 527-4311