

FORMULARIO C-42

AGENCIA DE INDEMNIZACIÓN LABORAL DE TENNESSEE



ELECCIÓN DE MÉDICO DEL EMPLEADO Panel Médico

Empleador

- Indique al menos tres médicos y proporcione este panel al empleado siempre que haya informe de una lesión laboral.
Mantenga el formulario original completado en sus archivos y envíe una copia al empleado para su constancia.
No envíe este formulario al Estado, a menos que se lo solicite.

Empleado

- Llene la parte inferior de este formulario para indicar el médico de su elección.
Si se niega a aceptar los servicios médicos del doctor elegido, esto podría conllevar a retrasos en sus derechos a beneficios.
¿Tiene que viajar más de 15 millas (ida o vuelta) a (o desde) el tratamiento médico? Los empleados pueden solicitar reembolso de sus gastos de viaje de la aseguradora.
Envíe el formulario completado a su empleador.

A SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR:

Nombre del empleado Fecha en que se proporcionó el panel
Empleador Fecha de la lesión
Contacto del empleador Teléfono Correo electrónico

Form sections for Médico 1, Médico 2, Médico 3, and Médico 4, including fields for Name, Address, City, State, ZIP, and Telesalud usage.

A SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO:

He seleccionado el siguiente médico de la lista que me proporcionó mi empleador:

Nombre del médico Fecha/Hora de la cita

Yo selecciono: Tratamiento en persona o tratamiento por Telesalud

¿Se le ofreció tratamiento en persona? Sí No

Firma del empleado Fecha