



DECLINACIÓN DEL BENEFICIO DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR (TRATAMIENTO MÉDICO)

Yo, _____ entiendo que tengo derecho al Beneficio
(empleado)

de Compensación del Trabajador, examen y/o tratamiento, de acuerdo a la Política de
Compensación del Trabajador de mi Empleador.

Informé un incidente/lesión relacionado con el trabajo _____. Como resultado
(fecha)

de ese incidente, lesioné mi _____
(parte del cuerpo)

mientras realizaba mi tarea: _____.

Entiendo que esta declinación es una decisión voluntaria y que no renuncio a mis derechos de
acuerdo a los Beneficios de Compensación del Trabajador según lo establecido por el Estado
de California.

Estoy de acuerdo en notificar a mi Empleador de inmediato si, en el futuro siento que se hace
necesario el tratamiento médico de esta lesión y deseo buscar tratamiento médico.

También se me proporcionó un formulario DWC-1.

Firma del Empleado

Firma del Empleador Autorizado

Fecha