

## PREDESIGNACIÓN DE MÉDICO PERSONAL

En el caso de que sufra una lesión o enfermedad relacionada con su empleo, puede ser tratado por dicha lesión o enfermedad por su médico personal (M.D.), médico de medicina osteopática (D.O.) o grupo médico si:

- en la fecha de su lesión laboral, tiene cobertura de atención médica por lesiones o enfermedades que no están relacionadas con el trabajo;
- el médico es su médico regular, que debe ser un médico que ha limitado su práctica de la medicina a la práctica general o que es un internista, pediatra, obstetra-ginecólogo o médico de familia certificado o elegible para la junta, y tiene previamente dirigido su tratamiento médico y conserva sus registros médicos;
- su "médico personal" puede ser un grupo médico si es una sola corporación o asociación compuesta por médicos con licencia de medicina u osteopatía, que opera un grupo médico integrado de múltiples especialidades que proporciona servicios médicos integrales predominantemente para enfermedades y lesiones no ocupacionales;
- antes de la lesión, su médico acepta tratarlo por lesiones o enfermedades laborales;
- antes de la lesión, le proporcionó a su empleador lo siguiente por escrito: (1) aviso de que desea que su médico personal lo trate por una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, y (2) el nombre de su médico personal y la adición comercial.

Puede usar este formulario para notificar a su empleador si desea que su médico personal o un médico de medicina osteopática lo trate por una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo y se cumplan los requisitos anteriores.

### AVISO DE PREDESIGNACIÓN DE MÉDICO PERSONAL

**Empleado: Complete esta sección.**

\_\_\_\_\_ Para: (nombre del empleador) Si tengo una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, elijo ser tratado por:

(nombre del médico) (M.D., D.O. o grupo médico) \_\_\_\_\_  
(dirección, ciudad, estado, código postal)

\_\_\_\_\_ (número de teléfono)

Nombre del empleado (por favor imprima):

Dirección del empleado :

Nombre de la compañía de seguros, plan o fondo que proporciona cobertura de salud para lesiones o enfermedades no ocupacionales:

Fecha de firma del empleado \_\_\_\_\_:

**Médico: Estoy de acuerdo con esta predesignación:**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ (Médico o  
Empleado Designado del Médico o Grupo Médico)

El médico no está obligado a firmar este formulario, sin embargo, si el médico o empleado designado del médico o grupo médico no firma, se requerirá otra documentación del acuerdo del médico para ser predesignado de conformidad con el Título 8, Código de Regulaciones de California, sección 9780.1 (a) (3).

Título 8, Código de Regulaciones de California, sección 9783.

**Predesignacion de Médico Personal; Obligaciones de Información del Médico Tratante Primario Reglamento 8 C.C.R. sección 9780, et seq. (Aprobado 02/12/2014)**