

Formulario de Reconocimiento del Empleado

Esto contiene información importante sobre el cuidado médico para lesiones o enfermedades laborales.

Nombre del Empleado _____

Empleador _____

Fecha de Contratación _____

Sección 306 de la Ley de Pennsylvania de Compensación de Trabajadores le otorga derechos y obligaciones legales a los trabajadores que se lesionan en el trabajo o que sufren una enfermedad ocupacional. Estos derechos se abordan a continuación.

Sus Derechos y Obligaciones Durante los Primeros 90 Días:

- Usted tiene derecho a recibir todos los suministros y tratamientos médicos razonables y necesarios para una lesión de trabajo o enfermedad ocupacional. Su empleador debe pagar por el tratamiento, cuando el tratamiento es dado por uno de los proveedores del Panel de Proveedores Médicos del Empleador.
- Usted tiene la obligación de obtener tratamiento para su lesión o enfermedad de trabajo de uno o más de los proveedores listados en el panel durante un período de 90 días a partir de la fecha de la primera visita a un proveedor designado. En casos de emergencia, usted tiene derecho a recibir tratamiento médico de emergencia de cualquier proveedor, pero cualquier tratamiento posterior que no sea de emergencia debe recibirse de un proveedor listado durante el resto del período de 90 días.
- Usted tiene derecho a elegir cuál de los proveedores listados le proporcionara tratamiento para su lesión de trabajo o enfermedad ocupacional y tiene derecho a cambiar de un proveedor listado a otro en la lista. El tratamiento del proveedor seleccionado previamente y el nuevo proveedor designado será pagado por su empleador. Si un proveedor designado lo refiere a otro proveedor médico que no este listado en el panel, usted tiene derecho a obtener tratamiento del proveedor al que fue referido.
- Si un proveedor listado prescribe una cirugía como parte de su tratamiento, usted tiene derecho a obtener una segunda opinión de cualquier proveedor médico. Si la segunda opinión difiere de la del proveedor designado e incluye un curso específico y detallado de tratamiento alternativo, usted puede determinar qué curso de tratamiento seguir. Si usted decide seguir el curso de tratamiento descrito en la segunda opinión, el tratamiento debe ser realizado por un proveedor médico listado durante los 90 días a partir de la fecha de la primera visita al proveedor que dio la segunda opinión.
- Usted puede recibir tratamiento o una consulta médica de un proveedor que no este listado en el panel durante el período de 90 días, pero usted es responsable del pago de dichos servicios.

Sus Derechos y Obligaciones Después de los Primeros 90 Días:

- Después de que se haya terminado el período de 90 días, usted tiene derecho a recibir tratamiento de cualquier proveedor de atención médica, ya sea que esté o no listado por su empleador. Su empleador debe pagar por este tratamiento si es razonable y necesario para su lesión de trabajo o enfermedad ocupacional y ha sido debidamente documentado por el médico u otro proveedor de atención médica.
- Usted debe notificarle a su empleador si usted recibe tratamiento de un proveedor que no este listado por su empleador. Usted debe notificarle a su empleador dentro de 5 días desde la primera visita a cualquier proveedor que no esté en la lista de su empleador. El empleador posiblemente no esté obligado a pagar por el tratamiento recibido hasta que usted haya dado esta notificación.

Reconocimiento

Yo he leído este documento. Yo entiendo completamente todo su contenido. Yo he hecho preguntas sobre cualquier cosa que no me quedaba clara. Yo estoy satisfecho con las respuestas que he recibido. Yo entiendo que tengo derecho a pedir una copia de esto.

- Yo he recibido una copia del Folleto de Información de Compensación de Trabajadores
- Yo he leído y entiendo mis derechos y obligaciones bajo la Sección 306 de la Ley de Compensación de Trabajadores de Pensilvania como se describe anteriormente
- Yo entiendo que es mi deber informar a mi empleador que tengo una lesión de trabajo tan pronto como ocurra la lesión.
- Yo reconozco el Panel de Proveedores Médicos de mi empleador y entiendo que debo tratarme con un proveedor de la lista durante los primeros 90 días de tratamiento.

Completar en el momento de contratación:

Firma _____

Nompre Impreso _____

Fecha _____

Completar después de una lesión:

Firma _____

Nompre Impreso _____

Fecha _____