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 _____

Médico 1 Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿El médico #1 usa Telesalud? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, sitio web _____

Médico 2 Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿El médico #2 usa Telesalud? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, sitio web _____

Médico 3 Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿El médico #3 usa Telesalud? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, sitio web _____

(Opcional) Telesalud solamente **Médico 4** Nombre _____ Teléfono _____

Dirección de correo electrónico del proveedor de Telesalud _____Sitio web _____

A SER COMPLETADO POR EL **EMPLEADO:**

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

Nombre del médico _____

Yo selecciono: Tratamiento en persona ☐ **o** tratamiento por Telesalud ☐
¿Se le ofreció tratamiento en persona? Sí ☐ No ☐

Firma del empleado _____ Fecha _____