

FORMA DE SELECCION O CAMBIO DE DOCTOR POR EL EMPLEADO

AVISO AL PATRON:

DE ESTA FORMA AL TRABAJADOR LESIONADO, TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE DESPUES DE CADA LESION

PARTE A: NOTIFICACION CONCERNIENTE A LA ESCOGENCIA O CAMBIO DE MEDICO

Bajo la Ley de Compensación de Trabajadores en Nebraska, usted puede tener el derecho de escoger al doctor que lo trate para su lesión del trabajo. Usted puede escoger a un doctor que lo haya tratado a usted o a un miembro de su familia inmediata antes de que esta lesión haya ocurrido. Los miembros inmediatos de su familia son su esposa, sus hijos padres, hijastros y padrastros. El doctor que usted escoja debe tener archivos mostrando que tratamiento se le ha dado. Su patrón puede pedir a la persona tratada que de permiso al doctor para verificar el tratamiento pasado.

Si usted quiere escoger doctor, usted debe decir a su patrón el nombre del doctor que elija. Haga esto tan pronto como sea posible, después de que su patrón le haya dado este aviso y antes de recibir tratamiento, a menos que este tratamiento médico en emergencia. Una vez que le diga a su patrón el nombre del doctor, no podrá cambiarlo a menos que su patrón acepte o si la Corte de Compensación a Trabajadores en Nebraska ordena el cambio.

Si usted no escoje doctor, su patrón tendrá el derecho de elegir al doctor que lo trate a usted. El patrón también puede elegir el doctor que lo trate, si usted o el miembro de su familia no da permiso para que su patrón pueda verificar el tratamiento pasado por el doctor escogido por usted.

Usted puede escoger un doctor si su reclamación es negada. Usted tambien puede escoger el doctor para hacer cirugía mayor o amputación.

Usted puede usar la parte B (abajo) para decir a su patrón el nombre del doctor que ha escojido.

Mi empleador me ha informado acerca de la informacion mencionada arriba, concerniente a la escogencia o cambio de medico.

[IMPRIMIR EL NOMBRE DEL EMPLEADO]

[FIRMA DEL EMPLEADO]

[FECHA]

PARTE B: SELECCION DE DOCTOR

Yo escojo al doctor mencionado a continuación para que me trate por esta lesión del trabajo. Yo certifico que este doctor me ha tratado o ha tratado a miembros de mi familia antes de esta lesión del trabajo.

Yo no tengo o no quiero escoger a un doctor que me haya tratado a mi o a miembros de mi familia inmediata.

[NOMBRE DEL DOCTOR]

[FIRMA DEL EMPLEADO]

[DOMICILIO DEL DOCTOR]

[FECHA]

PARTE C: USE PARA CAMBIAR LA SELECCION HECHA EN LA PARTE B, ARRIBA

Yo quiero cambiar mi selección de doctor o yo quiero escoger a un doctor que me trate para mi lesión relacionada con el trabajo. Yo certifico que el doctor mencionado abajo, me ha tratado o ha tratado a miembros de mi inmediata familia antes de esta lesión en el trabajo. Yo entiendo que yo no puedo hacer este cambio a menos que mi patrón esté de acuerdo o a menos que la Corte de Compensación de Trabajadores en Nebraska ordene el cambio.

[NOMBRE DEL DOCTOR]

[FIRMA DEL EMPLEADO Y FECHA DE LA FIRMA]

[DOMICILIO DEL DOCTOR]

[FIRMA DEL PATRON Y FECHA DE LA FIRMA]