

## Santa Barbara Community College District Compensación de trabajadores: Predesignación del médico personal

Si usted tiene seguro médico y se lesiona en el trabajo, usted tiene derecho a ser tratado inmediatamente por su médico personal (M.D. - Doctor en Medicina, D.O. - Doctor en Osteopatía) o grupo médico; si notifica a su empleador, por escrito y antes de la ocurrencia de la lesión. De conformidad con el artículo 4600 del Código Laboral, **para reunir los requisitos como su médico personal predesignado, el médico debe confirmar por escrito, que está de acuerdo en tratarlo por lesiones laborales**, debe haber dirigido previamente su cuidado médico y conservar su historia y expedientes médicos. Su médico predesignado debe ser un médico familiar, médico general, certificado o internista titulado, obstetra-ginecólogo o pediatra. Su "médico personal" puede ser un grupo médico, si es una corporación o sociedad compuesta de médicos licenciados, medicina u osteopatía la cual opera un grupo médico integrado de múltiples especialidades que brinda servicios médicos completos predominantemente por enfermedades y lesiones que no sean laborales.

Este es un formulario opcional que puede usar para avisar a su empleador sobre su médico personal. Usted puede elegir usar otro formulario, siempre y cuando dé aviso a su empleador **por escrito, antes** de la ocurrencia de alguna lesión y le proporcione una **constancia por escrito** indicando que su médico personal reúne los requisitos previamente mencionados y está de acuerdo con dicha asignación. De lo contrario, será atendido por uno de los proveedores médicos para casos de compensación de trabajadores designados por su empleador.

**NOMBRE DEL EMPLEADO Y DOMICILIO:** \_\_\_\_\_

**Acuso recibo de este formulario y elijo no designar anticipadamente a mi médico personal en este momento.** Entiendo que el proveedor médico de mi empleador me proporcionará tratamiento médico. Entiendo que, en cualquier momento en el futuro puedo cambiar de opinión y proporcionar aviso por escrito sobre mi médico personal. Entiendo que el aviso por escrito debe estar en el expediente antes de la ocurrencia de una lesión laboral.

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Si sufriera una lesión de trabajo, deseo ser atendido por mi médico personal\*:**

Nombre del médico o grupo médico \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\* Este es mi médico personal que ha dirigido mi atención médica previamente y conserva mi historia y registros médicos.

Nombre de compañía de seguros, Plan o Fondo de cobertura de salud por enfermedades o lesiones no ocupacionales:

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**El médico personal debe estar de acuerdo con que se le designe anticipadamente y en tratarlo por lesiones laborales. El resto de este formulario debe ser completado por su médico y devuelto a su empleador.**

### VERIFICACIÓN DEL MÉDICO PERSONAL

De conformidad con el artículo 4600 del Código Laboral, para calificar, usted debe cumplir con los requisitos indicados anteriormente. No se requiere que firme este formulario; sin embargo, si usted o el empleado que ha designado no lo firma, se requerirán otros documentos, **por escrito**, sobre el acuerdo del médico para que se le designe con anticipación, de acuerdo con el Título 8, del Código de Reglamentos de California, artículo 9780.1(a)(3).

**NOMBRE DEL MÉDICO PERSONAL O GRUPO MÉDICO:** \_\_\_\_\_

**Estoy de acuerdo en tratar al empleado arriba nombrado en caso de accidentes o lesiones laborales.** Cumpló con los requisitos indicados anteriormente. Estoy de acuerdo en adherirme a las Normas y Reglamentos del Director Administrativo, Artículo 9785, sobre los deberes del médico designado por el empleado.

\_\_\_\_\_  
(Médico o Médico asignado del empleado o Grupo médico)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Por favor devuelva este formulario lleno a:**

**Santa Barbara City College, Human Resources, 721 Cliff Drive Santa Barbara, CA 93109, fax 805-965-0151**