

## PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

In the event you sustain an injury or illness related to your employment, you may be treated for such injury or illness by your personal medical doctor (M.D.), doctor of osteopathic medicine (D.O.) or medical group if:

- on the date of your work injury you have health care coverage for injuries or illnesses that are not work-related;
- the doctor is your regular physician, who shall be either a physician who has limited his or her practice of medicine to general practice or who is a board-certified or board-eligible internist, pediatrician, obstetrician-gynecologist, or family practitioner, and has previously directed your medical treatment, and retains your medical records;
- your "personal physician" may be a medical group if it is a single corporation or partnership composed of licensed doctors of medicine or osteopathy, which operates an integrated multispecialty medical group providing comprehensive medical services predominantly for non-occupational illnesses and injuries;
- prior to the injury your doctor agrees to treat you for work injuries or illnesses;
- prior to the injury you provided your employer the following in writing: (1) notice that you want your personal doctor to treat you for a work-related injury or illness, and (2) your personal doctor's name and business address.

You may use this form to notify your employer if you wish to have your personal medical doctor or a doctor of osteopathic medicine treat you for a work-related injury or illness and the above requirements are met.

### NOTICE OF PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

**Employee: Complete this section.**

To: \_\_\_\_\_ (name of employer) If I have a work-related injury or illness, I choose to be treated by:

\_\_\_\_\_  
(name of doctor)(M.D., D.O., or medical group)

\_\_\_\_\_  
(street address, city, state, ZIP)

\_\_\_\_\_  
(telephone number)

Employee Name (please print):

\_\_\_\_\_  
Employee's Address:

\_\_\_\_\_  
Name of Insurance Company, Plan, or Fund providing health coverage for non-occupational injuries or illnesses:

Employee's Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Physician: I agree to this Pre designation:**

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

(Physician or Designated Employee of the Physician or Medical Group)

The physician is not required to sign this form, however, if the physician or designated employee of the physician or medical group does not sign, other documentation of the physician's agreement to be pre designated will be required pursuant to Title 8, California Code of Regulations, section 9780.1(a)(3).

Title 8, California Code of Regulations, section 9783.

Pre designation of Personal Physician; Reporting Duties of the Primary Treating Physician Regulations 8 C.C.R.section 9780, et seq. (Approved 02/12/2014)



## PREDESIGNACIÓN DE MÉDICO PERSONAL

En caso de sufrir una lesión o enfermedad relacionada con su empleo, puede ser tratado para tal lesión o enfermedad por su médico personal (M.D.), médico osteópata (D.O.) o el grupo médico si:

- en la fecha de su lesión de trabajo que tiene la cobertura médica para las lesiones o enfermedades que no están relacionadas con el trabajo;
- el médico es su médico regular, que será un médico que ha limitado su ejercicio de la medicina a la práctica general o que es certificado o elegible internista, pediatra, el obstetra-ginecólogo, o practicante familiar, y ha dirigido anteriormente su tratamiento médico, y retiene sus registros médicos;
- su "médico personal" puede ser un grupo médico si es una corporación o una asociación que se compone de médicos con licencia de medicina o de osteopatía, que opera una especialidad múltiple integrada a un grupo médico que proporciona un extenso servicios médicos completos predominantemente para enfermedades de lesiones no de trabajo;
- antes de la lesión su médico estará de acuerdo en tratarle para lesiones de trabajo o enfermedades;
- antes de la lesión usted le proporcionara a su empleador el siguiente por escrito: (1) nota que usted desea a su médico personal tratarle para una lesión o enfermedad relacionado al trabajo, y (2) el nombre personal y dirección de su doctor.

Usted puede utilizar esta forma para notificar a su empleador si desea tener su médico personal o un médico de medicina osteopática para tratarle a usted de una lesión o enfermedad relacionada a su trabajo y los requisitos antes mencionados son cumplidos.

### AVISO DE PREDESIGNACIÓN DE MÉDICO PERSONAL

**El empleado: Complete esta sección**

Para: \_\_\_\_\_ (nombre de empleador) Si tengo una lesión o enfermedad, escojo ser tratado por:

\_\_\_\_\_  
(Nombre del médico) (M.D., D.O., o grupo médico)

\_\_\_\_\_  
( Dirección, ciudad, estado, zona postal)

\_\_\_\_\_  
( Número de teléfono)

Nombre del empleado (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Dirección del empleado: \_\_\_\_\_

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

**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, otra documentación del acuerdo del médico para ser designado se requerirá de conformidad con el Título 8, Código de Regulaciones, sección 9780.1 (a) (3).

Título 8, Código de Regulaciones, sección 9783.

Designación de Pre Médico Personal; Obligaciones de Información de los Reglamentos que lo está atendiendo médicos 8 CCRsection 9780, et seq. (Aprobado 12/02/2014)

