**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)