

# Pajaro Valley Unified School 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.
- No estoy de acuerdo en tratar al empleado arriba nombrado en caso de accidentes o lesiones laborales.**
- No califico como médico personal del empleado** No soy M.D. o D.O., o no cumpló con los requisitos detallados anteriormente.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por favor devuelva este formulario lleno a:

Myrna Wight, 294 Green Valley Rd. Watsonville, CA 95076, [myrna\\_wight@pvusd.net](mailto:myrna_wight@pvusd.net)