

FORMULARIO C-42

AGENCIA DE INDEMNIZACIÓN LABORAL DE
TENNESSEE



ELECCIÓN DE MÉDICO DEL EMPLEADO Panel Médico

Empleador

- Indique al menos tres médicos y proporcione este panel al empleado siempre que haya informe de una lesión laboral.
- Mantenga el formulario original completado en sus archivos y envíe una copia al empleado para su constancia.
 - No envíe este formulario al Estado, a menos que se lo solicite.

Empleado

- Llene la parte inferior de este formulario para indicar el médico de su elección.
 - Si se niega a aceptar los servicios médicos del doctor elegido, esto podría conllevar a retrasos en sus derechos a beneficios.
 - ¿Tiene que viajar más de 15 millas (ida o vuelta) a (o desde) el tratamiento médico? Los empleados pueden solicitar reembolso de sus gastos de viaje de la aseguradora.
- **Envíe** el formulario completado **a su empleador**.

A SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR:

Nombre del empleado _____ Fecha en que se proporcionó el panel _____
Empleador _____ Fecha de la lesión _____
Contacto del empleador _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____

Médico 1 Nombre _____ Teléfono _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
¿El médico #1 usa Telesalud? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, sitio web _____

Médico 2 Nombre _____ Teléfono _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
¿El médico #2 usa Telesalud? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, sitio web _____

Médico 3 Nombre _____ Teléfono _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
¿El médico #3 usa Telesalud? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, sitio web _____

(Opcional) Telesalud solamente **Médico 4** Nombre _____ Teléfono _____
Dirección de correo electrónico del proveedor de Telesalud _____ Sitio web _____

A SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO:

He seleccionado el siguiente médico de la lista que me proporcionó mi empleador:

Nombre del médico _____ Fecha/Hora de la cita _____

Yo selecciono: Tratamiento en persona _____ tratamiento por Telesalud _____

¿Se le ofreció tratamiento en persona? Sí _____ No _____

Firma del empleado _____ Fecha _____