

**PERMISO AL ESPECIALISTA DE REHABILITACIÓN MÉDICA PARA OBTENER REPORTES CORRIENTES DEL TRATAMIENTO MÉDICO.**

IC File # \_\_\_\_\_

Emp. Code # \_\_\_\_\_

Carrier Code # \_\_\_\_\_

Carrier File # \_\_\_\_\_

EL USO DE ESTA FORMA ES EXIGIDO BAJO PROVISIÓN DEL ACTA DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES.

Employer FEIN \_\_\_\_\_

Nombre del Empleado _____			Nombre del Empleador _____		Teléfono (____) _____		
Dirección _____			Dirección del Empleador _____		Ciudad Estado Código Postal		
Ciudad _____		Estado _____		Código Postal _____		Portador de Seguro _____	
Teléfono (Casa) (____) _____		Teléfono (Trabajo) (____) _____		Dirección del Portador de Seguro _____		Ciudad Estado Código Postal	
Número de Seguro Social _____		Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		Fecha de Nacimiento ____/____/____		Teléfono del Portador (____) _____	
						Número de Fax _____	

Yo, \_\_\_\_\_, el empleado-demandante, por medio de la presente autorizo  
(Favor de Imprimir)

la entrega de todos los expedientes médicos del tratamiento obtenido como resultado de una lesión relacionada con el trabajo/enfermedad ocupacional que ocurrió/fue contraída el \_\_\_\_\_ al Profesional de Rehabilitación asignado a mi caso.  
(Favor de Imprimir)

El Especialista de Rehabilitación Médica es:

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Firma del Empleado \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**NOTA: EL NEGARSE A FIRMAR ESTA FORMA CUANDO SEA SOLICITADO POR EL/LA ESPECIALISTA DE REHABILITACIÓN MÉDICA, LA COMISIÓN INDUSTRIAL PUEDE CONSIDERARLO COMO FALTA DE CONFORMIDAD CON SU REHABILITACIÓN Y PUEDE RESULTAR EN LA SUSPENSIÓN DE SUS BENEFICIOS.**

**Por favor envíe el formulario completado al Especialista de Rehabilitación nombrado arriba.**