

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.