North Carolina Industrial Commission

IC File # _____

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

Emp. Code # _____

Carrier Code # _____

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

Carrier File # _____

Nombre del Empleado	Nombre del Empleador ( ) Teléfono
Dirección	Dirección del Empleador Ciudad Estado Código Postal
Ciudad Estado Código Postal	Portador de Seguro
( ) ( )	Dirección del Portador de Seguro Ciudad Estado Código Postal
Teléfono (Casa) Teléfono (Trabajo)	( ) ( )
xxx-xx- ☐ H ☐ M / /	Teléfono del Portador Número de Fax
Últimos 4 dígitos de Seguro Social Sexo Fecha de Nacimiento	

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 SUSPENCIÓN DE SUS BENEFICIOS.

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

FORMA 25C

NORTH CAROLINA INDUSTRIAL COMMISSION
MAIN TELEPHONE: (919) 807-2500
HELPLINE: (800) 688-8349
WEBSITE: HTTP://WWW.IC.NC.GOV/