

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

IC File # _____

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 _____
Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____	Portador de Seguro _____		
() _____	() _____	Dirección del Portador de Seguro _____			
Teléfono (Casa) _____	Teléfono (Trabajo) _____	Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____	
xxx-xx- _____	☐ H ☐ M _____	/	/	() _____	() _____
Últimos 4 dígitos de Seguro Social _____	Sexo _____	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.