**RECHAZO DE TRATAMIENTO MÉDICO CON CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE DROGAS**

Nombre del empleado: Fecha de notificación:

Fecha de accidente: Hora del accidente:

Supervisor: Cliente / Ubicación:

Testigo(s):

Características lesión/condición al cuerpo:

Descripción de la lesión parte(s) del cuerpo lesionada(s)

Breve descripción del incidente:

Por el presente, reconozco que rechazo tratamiento médico y/o observación que se me ofreció a expensas de (insured name) por la lesión relacionada con el trabajo que sufrí el (date of injury). Al firmar este formulario, soy consciente de que no necesariamente afecta mi elegibilidad luego para Compensación de Trabajadores.

Reconozco que mi(s) supervisor(es), de buena fe, me han ofrecido y puesto a mi disposición la oportunidad de buscar el tratamiento médico necesario y/o observación. Soy consciente de que, al rechazar el tratamiento médico en este momento, mi empleador no será responsable de ningún gasto médico o pérdida de salarios.

También entiendo que este es un lugar de trabajo libre de drogas, y se requiere un chequeo obligatorio de drogas después de un accidente relacionado con el trabajo. En un momento más tarde puedo solicitar a mi empleador, a través de mi supervisor, autorización para obtener tratamiento médico y/o observación para la lesión descrita anteriormente.

Firma del empleado Representante/testigo del empleado

Fecha Fecha

RECHAZO A DAR SU CONSENTIMIENTO PARA PRUEBA DE DROGAS

Yo, \_\_\_ , rechazo a someter al examen obligatorio de pruebas de drogas.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nombre de impresión) (Firma) (Fecha)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nombre del testigo) (Firma del testigo) (Fecha)

C: Ajustador de reclamaciones de USIS/FRSA-SIF

Archivo

Enviado por correo certificado y regular