

DECLINE OF MEDICAL TREATMENT OR OBSERVATION

Employee's Name: _____ Date Reported: _____

Date of Injury: _____ Time of Injury: _____

Supervisor: _____ Client / Location: _____

Witness(es):

Nature of Injury/Condition:

Description of Injury [Body Part(s) Injured]:

Brief Narrative Description of the Incident:

I, hereby acknowledge my declination of medical treatment and/or observation offered to me by _____ for the injury or illness reported on _____ . I recognize that signing this declination does not necessarily impact my later eligibility for Workers' Compensation benefits as subject to statute and insurer review.

At this time, I acknowledge that my supervisor/employer, in good faith, has offered and made available to me an opportunity to seek necessary medical treatment and/or observation.

At a later time, I may request from my employer, via my supervisor, a medical authorization to obtain medical treatment and/or observation for the above described injury.

Employee's Signature

Date

Employee Representative/Witness

RENUNCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO U OBSERVACIÓN

Nombre del empleado: _____ Fecha reportada: _____
Fecha de la lesión: _____ Hora de la lesión: _____
Supervisor: _____ Cliente / Ubicación: _____
Testigo(s): _____

Tipo de lesión/condición:

Descripción de la lesión [Parte(s) del cuerpo lesionada(s)]:

Breve descripción narrativa del incidente:

Yo, por la presente, renuncio al tratamiento médico y/u observación ofrecida por _____ para la lesión o enfermedad reportada en _____. Reconozco que firmar esta renuncia no necesariamente afecta mi elegibilidad posterior para los beneficios de Compensación al Trabajador como una condición sujeta a la revisión de la ley y de la aseguradora.

En este momento, reconozco que mi supervisor/empleador, de buena fe, me ha ofrecido y puesto a mi disposición la oportunidad de buscar el tratamiento médico necesario y/u observación.

En un futuro, puedo solicitar a mi empleador, a través de mi supervisor, una autorización médica para obtener tratamiento médico y/u observación de la lesión descrita anteriormente.

Firma del empleado

Fecha

Representante/testigo del empleado