

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 _____			
Domicilio _____				Domicilio del Empleo _____		Ciudad _____		Estado _____		Código Postal _____	
Ciudad _____		Estado _____		Código Postal _____		Portador de Seguro _____					
() Teléfono (casa) _____		() Teléfono (Empleo) _____		Domicilio del Portador de Seguro _____		Ciudad _____		Estado _____		Código Postal _____	
Seguro Social _____		Sexo _____		Fecha de Nacimiento _____		() Teléfono del Portador _____		() Número Fax _____			

Yo, _____, el empleado-demandante, por medio de la presente autorizo
(Favor de Imprimir)

al Especialista de Rehabilitación Médica, asignada/o a mi caso, a obtener copias de todos mis reportes médicos en este reclamo.

Mi Especialista de Rehabilitación Médica es:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: (____) _____

Firma del Empleado _____

Fecha _____

NOTA: EN 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.