

# FORMULARIO C-42

AGENCIA DE INDEMNIZACIÓN LABORAL DE  
TENNESSEE



## ELECCION DE MEDICO DEL EMPLEADO

Panel Médico

### Empleador

- Indique al menos tres médicos y proporcione este panel al empleado siempre que haya informe de una lesión laboral.
- Mantenga el formulario original completado en sus archivos y envíe una copia al empleado para su constancia.
  - No envíe este formulario al Estado, a menos que se lo solicite.

### Empleado

- Llene la parte inferior de este formulario para indicar el médico de su elección.
  - Si se niega a aceptar los servicios médicos del doctor elegido, esto podría conllevar a retrasos en sus derechos a beneficios.
  - ¿Tiene que viajar más de 15 millas (ida o vuelta) a (o desde) el tratamiento médico? Los empleados pueden solicitar reembolso de sus gastos de viaje de la aseguradora.
- **Envíe** el formulario completado **a su empleador**.

### A SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR:

Nombre del empleado \_\_\_\_\_ Fecha en que se proporcionó el panel \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Fecha de la lesión \_\_\_\_\_

Contacto del empleador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Médico 1	Médico 2	Médico 3
Nombre _____	Nombre _____	Nombre _____
Teléfono _____	Teléfono _____	Teléfono _____
Dirección _____ _____	Dirección _____ _____	Dirección _____ _____
Ciudad _____	Ciudad _____	Ciudad _____
Estado _____ Código postal _____	Estado _____ Código postal _____	Estado _____ Código postal _____
¿El médico #1 usa Telesalud? Sí _____ No _____	¿El médico #2 usa Telesalud? Sí _____ No _____	¿El médico #3 usa Telesalud? Sí _____ No _____
En caso afirmativo, sitio web _____	En caso afirmativo, sitio web _____	En caso afirmativo, sitio web _____
(Opcional) Telesalud solamente <b>Médico 4</b> Nombre _____ Teléfono _____		
Dirección de correo electrónico del proveedor de Telesalud _____ Sitio web _____		

### A SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO:

**He seleccionado el siguiente médico de la lista que me proporcionó mi empleador:**

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Fecha/Hora de la cita \_\_\_\_\_

Yo selecciono: Tratamiento en persona \_\_\_\_\_  tratamiento por Telesalud \_\_\_\_\_

¿Se le ofreció tratamiento en persona? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Firma del empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_