



ACUERDO DE RECHAZO DE CUIDADOS MÉDICOS

(Nombre del cliente que emplea al trabajador lesionado)

COMPLETE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

Yo, _____, he reportado una lesión en el trabajo el día ____/____/____.
(Escriba nombre del empleado) (fecha de la lesión)

Le expliqué los detalles de este incidente a mi supervisor, pero en este momento no deseo ir a ningún lugar externo a recibir tratamiento médico. Entiendo que, al firmar este documento, no estoy renunciando a mi derecho de buscar tratamiento médico en el futuro, si lo considerara necesario. También entiendo que, de no seguir los procedimientos reflejados en contrato de empleo, puede que mi lesión no sea cubierta por Indemnización Laboral. Entiendo que las leyes del estado permiten que un empleador me exija que haga la prueba de las drogas dentro de veinticuatro horas de reportar una lesión, y que, de negarme a cumplir esa ley, quizá Indemnización Laboral no cubra esta lesión.

Entiendo y estoy de acuerdo en ____/____/____,
(Fecha de hoy)

Por: _____
(Firma del empleado)

No. Seguro Social: _____

Fecha de la lesión: ____/____/____.

*****OBLIGATORIO DENTRO DE 24 HORAS DEL ACCIDENTE*****