



RESPUESTA NEGATIVA DE TRATAMIENTO

FECHA: _____

NOMBRE DE EMPLEADO: _____

Desde la fecha notada encima notifico a mi patrón de una herida que ocurrió en

_____, 20____

Mi supervisor no recibió la notificación de este incidente.

Mi supervisor recibió realmente la notificación de este incidente en _____, 20____

Esta herida, (brevemente describen la condición) _____

_____ ocurrió realmente durante mi alcance normal y deberes.

En este tiempo he sido solicitado por mi patrón ser médicamente evaluado por un abastecedor médico preferido. Sin embargo, **rehuso ser médicamente evaluado para la susodicha condición célebre.**

Entiendo que firmando este documento cualquier futura reclamación en cuanto a esta herida requerirá un medico evaluación por el abastecedor de asistencia médica preferido puesto en una lista abajo. También entiendo que deberían yo decidir buscar el tratamiento médico por esta herida que yo debo notificar primero a mi supervisor e ir al abastecedor siguiente:

ABASTECEDOR: _____

DIRECCIÓN: _____

TELEFONEE: _____

SI LA CONDICIÓN SE HACE VIDA THREATING USTED DEBERÍA BUSQUE LA ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA APROPIADA.

DECLARACIONES DE EMPLEADO

Firmando esta forma reconozco:

No he buscado el tratamiento médico por esta herida.

Entiendo que esto es la política de mi patrón tener una pantalla de medicina de postaccidente y esta respuesta negativa de el tratamiento médico no quita la exigencia que yo reciba una pantalla de medicina de postaccidente.

He leído la susodicha información y estoy de acuerdo que esto es la declaración actual y verdadera. Autorizo a cualquier médico, hospital, o abastecedor de asistencia médica para liberar y amueblar alguno, y todos, archivos médicos u otra información la pertenencia a la susodicha condición puesta en una lista.

Firma de Empleado

Supervisor / Firma de Testigo

Fecha

Fecha