



Rechazo de Tratamiento Medico Adicional

Nombre Empleado: _____ Employee ID: _____

Titulo _____ Fecha de Herida: _____

Affected Body Part(s): _____
(i.e. pulgar derecho, muñeca izquierda, codo izquierdo, rodilla derecha)

- Yo, _____ he informado a mi supervisor de una lesión que ocurrió en el curso de mi trabajo en ____/____/____.
- Yo recibí tratamiento médico y, en este momento, siento que mi lesión no requiere atención médica adicional.
- Sin embargo, si elijo consultar a un médico en una fecha posterior por mi lesión, se lo notificaré a mi supervisor lo antes posible.
- El supervisor se notificará el Departamento de Riesgos.

Firma de Empleado: _____

Fecha & Hora: _____

Nombre Supervisor _____

Tele. #: _____

Firma de Supervisor: _____

Fecha & Hora: _____