



ACUERDO ENTRE EMPLEADOR Y EMPLEADO PARA SELECCIÓN DE MÉDICO

En cumplimiento de la Ley de Compensación de Trabajadores de Tennessee, T.C.A. Sección 50-6-204

Al reportarse una lesión en el lugar de trabajo, el empleador debe proporcionar al empleado, por escrito, el Formulario C-42 de Acuerdo entre Empleador y Empleado para Selección de Médico. El formulario tiene que indicar el nombre del médico elegido por el empleado lesionado, ser firmado por el empleado con una copia para el empleador, con el original a mantenerse en los archivos del empleador. Los empleados que viajen más de 15 millas de ida o vuelta para el tratamiento médico podrán solicitar reembolso por parte de la compañía de seguros por sus gastos de viaje.

El empleado lesionado tiene que someterse a un examen por el médico del empleador en todo momento razonable, de así requerirlo el empleador, pero el empleado tendrá derecho a tener presente a su propio médico durante tal examen, en cuyo caso el empleado será responsable por los servicios prestados por parte de ese médico al empleado. Si el empleado lesionado se rehúsa a cumplir cualquier pedido razonable para ser examinado, o a aceptar los servicios médicos o especializados que se requieren que el empleador proporcione según este capítulo, se suspenderá el derecho a compensación del empleado lesionado y no se le deberá pago por ninguna compensación mientras el empleado lesionado continúe rehusándose.

Para lesiones previas al 1 de julio de 2014, el empleado lesionado aceptará los beneficios médicos que se le presten según aquí se describe; a condición de que el empleador habrá de designar a un grupo de tres (3) o más médicos o cirujanos de buena reputación y que no practiquen asociados entre ellos, si se encuentran disponibles en esa comunidad, de entre los cuales el empleado lesionado tendrá el privilegio de seleccionar al cirujano para operaciones o al médico tratante. Si la lesión es una lesión a la espalda, el panel estatutario tiene que ser expandido a 4, uno de los cuales tiene que ser un quiropráctico con tratamiento limitado a 12 visitas quiroprácticas. Además, si la lesión o enfermedad requiere del tratamiento de un médico o cirujano que practique ortopedia o medicina en neurociencias, el empleador **podrá** designar a un panel de práctica ortopédica o de medicina en neurociencias que consista de 5 médicos, incluyendo no más de 4 médicos bajo práctica afiliada. Si no hubieran suficientes médicos dentro de la comunidad del trabajador lesionado, se deben añadir nombres de médicos fuera de la comunidad. Si el empleador proporciona este panel, el empleado lesionado tendrá derecho a obtener una segunda opinión sobre asuntos de cirugía, discapacidad, y un diagnóstico de ese panel.

Para lesiones a partir del 1 de julio de 2014, el empleado lesionado aceptará los beneficios médicos que se le presten según esta sección; a condición de que en cualquier caso en el que el empleado haya sufrido una lesión y expresado la necesidad de cuidados médicos, el empleador habrá de designar a un grupo de tres (3) o más médicos o cirujanos, quiroprácticos o grupos de práctica especializada, independientes y de buena reputación, si es que se encuentran disponibles en la comunidad del empleado lesionado, de entre los cuales el empleado lesionado seleccionará uno (1) para ser el médico tratante. Si tres (3) o más médicos, cirujanos, quiroprácticos o grupos de práctica especializada, independientes y de buena reputación, no se encuentran disponibles en la comunidad del empleado, el empleador proporcionará una lista de tres (3) médicos, cirujanos, quiroprácticos o grupos de práctica especializada, independientes y de buena reputación, dentro de un radio de cien (100) millas de distancia de la comunidad del empleado. Cuando fuere necesario, el médico tratante que haya sido seleccionado pasará referencias de los casos a un médico especialista, cirujano o quiropráctico y notificará inmediatamente al empleador. Se considerará que el empleador ha aceptado el paso de referencia, a menos que el empleador, dentro de un plazo de tres (3) días laborables, proporcione al empleado un panel de tres (3) o más médicos, cirujanos, quiroprácticos o grupos de práctica especializada independientes y de buena reputación. En este caso el empleado podrá escoger, solamente de entre el panel proporcionado por el empleador, a un médico especialista, cirujano, quiropráctico o grupo de práctica especializada para proporcionar tratamiento. Cuando el médico tratante, o el quiropráctico, pase referencia del empleado lesionado, el empleado tendrá derecho a obtener una segunda opinión sobre el asunto de cirugía y diagnóstico proveniente de un médico o quiropráctico especificado en el panel inicial de médicos proporcionado por el empleador. La decisión del empleado de obtener una segunda opinión no alterará la selección previa del médico tratante o quiropráctico.

Si tiene cualquier pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, llame al 1-800-332-2667.

**DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION
TENNESSEE DEPARTMENT OF LABOR AND WORKFORCE DEVELOPMENT**



220 French Landing Dr.
Nashville, Tennessee 37243-1002

ACUERDO ENTRE EMPLEADOR Y EMPLEADO PARA SELECCIÓN DE MÉDICO

Es un delito el proporcionar, a sabiendas y con el propósito de cometer fraude, información falsa, incompleta o engañosa a cualquier parte en un caso de transacción por compensación de trabajadores. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios del seguro.

En cumplimiento de la Ley de Compensación de Trabajadores de Tennessee, T.C.A. Sección 50-6-204

1.	_____	_____	_____	_____
	Nombre del Médico		Teléfono	
	_____	_____	_____	_____
	Dirección de la Oficina	Ciudad	Estado	Código Postal
2.	_____	_____	_____	_____
	Nombre del Médico		Teléfono	
	_____	_____	_____	_____
	Dirección de la Oficina	Ciudad	Estado	Código Postal
3.	_____	_____	_____	_____
	Nombre del Médico		Teléfono	
	_____	_____	_____	_____
	Dirección de la Oficina	Ciudad	Estado	Código Postal
4.	_____	_____	_____	_____
	Nombre del Médico o Quiropráctico		Teléfono	
	_____	_____	_____	_____
	Dirección de la Oficina	Ciudad	Estado	Código Postal
5.	_____	_____	_____	_____
	Nombre del Médico		Teléfono	
	_____	_____	_____	_____
	Dirección de la Oficina	Ciudad	Estado	Código Postal

De conformidad con las disposiciones de este acuerdo, por la presente yo he seleccionado al siguiente médico de entre la lista que me fue proporcionada por mi empleador.

Médico escogido: _____
Fecha de selección: _____

Fecha de la lesión: _____
Fecha de la cita: _____

Nombre del Empleador

Dirección

Ciudad

Teléfono

Firma del Empleador

Nombre del Empleado

Dirección

Ciudad

Teléfono

Firma del Empleado

Número de Seg. Social del Empleado

Número del Archivo del Estado