

# NOTIFICACIÓN DEL DERECHO DEL EMPLEADO A ELEGIR UN MÉDICO

Por cualquier pregunta sobre este formulario o cualquier otra pregunta sobre la compensación de trabajadores, comuníquese con La Corte de Compensación de Trabajadores de Nebraska al (número gratuito) 800-599-5155 o 402-471-6468, o por correo electrónico al [general@newcc.gov](mailto:general@newcc.gov). Para más información, visite la página web de la corte <https://www.newcc.gov/>.

**NOTIFICACIÓN AL EMPLEADOR:** *Entregue este formulario al trabajador lesionado tan pronto como sea posible DESPUÉS de cada lesión.*

## EL EMPLEADO PUEDE ELEGIR

Cuando Ud. sufra una lesión laboral, puede que tenga el derecho a elegir el médico que lo trate. Consulte, el Estatuto Revisado de Nebraska § 48-120 y Reglas de La Compensación de Trabajadores de Nebraska 49, 50 y 56.

Si su empleador le notifica de este derecho después del accidente, la elección que tiene Ud. está limitada a un médico que ha tratado o bien a Ud. o a un familiar cercano antes de la lesión.

- Ud. debe de hacer su elección tan pronto como sea posible después de que su empleador le dé esta notificación.
- Si Ud. tiene tal médico y quiere que ese médico le trate su lesión laboral, debe de decirle al empleador el nombre del médico.
- Ud. puede utilizar el *Formulario de Nombramiento de Médico Elegido* a continuación para registrar el médico que Ud. elige.
- Los familiares cercanos incluyen su esposa/a, hijos, padres, hijastros y padrastrós.
- Si su empleador se lo pide, Ud. o su familiar debe de entregarle permiso escrito para verificar tratamiento previo.

Si es una emergencia, reciba el tratamiento que necesite, y luego dígame a su empleador el nombre de su médico.

Ud. puede elegir cualquier médico para operarle en una cirugía mayor o amputación si ese tratamiento está recomendado.

Una vez elegido el médico, no se le permite cambiar de médicos a no ser que su empleador esté de acuerdo o si el Tribunal de Compensación de Trabajadores ordene tal cambio. El médico elegido puede dar una referencia para los servicios médicos. No constituye un cambio de médicos si el médico elegido le deriva a Ud. a otro médico.

Si se le niega el reclamo, Ud. puede elegir cualquier médico. Ud. será responsable por los gastos médicos a no ser que se le responsabilice a su empleador por el reclamo en un momento futuro.

Si Ud. elige un médico fuera de la comunidad en la que vive o trabaja y se encuentra disponible un médico en una comunidad más cercana, Ud. no recibirá reembolso por millaje.

## EL EMPLEADOR PUEDE ELEGIR

Si Ud. fue notificado pero no elige un médico que ha tratado a Ud. o a un familiar antes del accidente, entonces SU EMPLEADOR TIENE EL DERECHO A ELEGIR EL MÉDICO.

Si Ud. fue notificado pero Ud. o su familiar no le da permiso al empleador para que verifiquen tratamiento previo con el médico que Ud. elige, entonces SU EMPLEADOR TIENE EL DERECHO A ELEGIR EL MÉDICO.

## CONFIRMACIÓN DE NOTIFICACIÓN AL EMPLEADO

Mi empleador me ha notificado del derecho a elegir un médico.

\_\_\_\_\_  
[NOMBRE DEL EMPLEADO]

\_\_\_\_\_  
[FIRMA DEL EMPLEADO]

\_\_\_\_\_  
[FECHA DE NOTIFICACIÓN]

## CONFIRMACIÓN DE NOTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

Yo le he informado a mi empleado de su derecho a elegir un médico.

\_\_\_\_\_  
[NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR]

\_\_\_\_\_  
[FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR]

\_\_\_\_\_  
[FECHA DE NOTIFICACIÓN]

## FORMULARIO DE NOMBRAMIENTO DE MÉDICO ELEGIDO

Yo elijo que el siguiente médico me trate por la lesión laboral que sufrí el \_\_\_\_\_, Doy fe de que este médico ha tratado o bien a mí o a un familiar cercano antes de esta lesión laboral.

[FECHA DE LESIÓN]

\_\_\_\_\_  
[NOMBRE DEL MÉDICO]

\_\_\_\_\_  
[DIRECCIÓN DEL MÉDICO, SI SE SABE]

\_\_\_\_\_  
[FIRMA DEL EMPLEADO]

\_\_\_\_\_  
[FECHA]

O (Marque la(s) razón(es) por no elegir un médico)

No hay médico que ha tratado o a mí o a un familiar cercano antes de esta lesión.

He recibido notificación de mi derecho a elegir un médico pero no deseo elegir un médico que ha tratado o a mí o a un familiar cercano.

\_\_\_\_\_  
[FIRMA DEL EMPLEADO]

\_\_\_\_\_  
[FECHA]