



TENNESSEE DEPARTMENT OF LABOR AND WORKFORCE DEVELOPMENT

Division of Workers' Compensation

220 French Landing Drive

Nashville, Tennessee 37243-1002

Website: www.state.tn.us/labor-wfd/wcomp.html

Telephone: 1-800-332-2667

La ELECCION del EMPLEADO DE MEDICO

Es un crimen dar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa a cualquiera de las partes involucradas en una transacción de compensación de un trabajador con el fin de cometer fraude. Las penas incluyen encarcelamiento, multas y negación de las prestaciones del seguro.

Indique el Número del Archivo: _____ La fecha de la Lesión: _____

Empleado: _____ SSN: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Empleador: _____ FEIN: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

EL SELECCIÓN DE MEDICOS

Un selección de tres médicos se requiere. Si la lesión es una lesión de espalda que el selección debe ser ensanchado a cuatro, uno de quien debe ser un quiropráctico. Las visitas del quiropráctico se pueden autorizar hasta doce (12) visitas por la lesión de espalda. Más de doce (12) visitas a tal médico de la quiropráctica deben ser aprobadas específicamente por el portador de empleador o seguro. El empleado herido debe escoger a un médico (o el quiropráctico) del selección.

Los médicos Denominan: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Es Médico un Especialista? Sí No Si sí, da la especialidad: Ortopédico, el Neurocirujano, Chiropratic, etc. ____

Los médicos Denominan: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Es Médico un Especialista? Sí No Si sí, da la especialidad: Ortopédico, el Neurocirujano, Chiropratic, etc. ____

Los médicos Denominan: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Es Médico un Especialista? Sí No Si sí, da la especialidad: Ortopédico, el Neurocirujano, Chiropratic, etc. ____

Los médicos Denominan: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Es Médico un Especialista? Sí No Si sí, da la especialidad: Ortopédico, el Neurocirujano, Chiropratic, etc. ____

Los médicos Denominan: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Es Médico un Especialista? Sí No Si sí, da la especialidad: Ortopédico, el Neurocirujano, Chiropratic, etc. ____

Yo por la presente he escogido al médico siguiente de la lista proporcionada a mí por mi empleador:

Médico Escogido: _____

Firma de empleado: _____ La fecha Escogió: _____

Una copia de esta forma debe ser proporcionada al empleado. El empleador debe mantener la forma original en el archivo y sobre el pedido Les proporciona una copia a la División de la Compensación de Trabajadores.

Esta forma se requiere a estar en conformidad con Código de Tennessee Anotado§50-6-204.