



RECHAZO DEL ACUERDO DE ATENCIÓN MÉDICA

COMPLETE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

Nombre del cliente de STAR HR que emplea al trabajador lesionado

Yo, _____ he reportado una lesión relacionada con el trabajo en ____/____/____
(Escriba en letra de imprenta el empleado) (Fecha de la lesión)

Le he explicado los detalles de este incidente a mi supervisor, pero esta vez no deseo buscar ningún tratamiento médico externo.

Entiendo que al firmar esta declaración, no renuncio a mi derecho a buscar tratamiento médico en el futuro, si lo considero necesario. Además, entiendo que si no sigo los procedimientos reflejados en mi contrato de trabajo, mi lesión puede no estar cubierta por la Compensación para Trabajadores.

Entiendo que la ley estatal permite que un empleador exija una prueba de detección de drogas dentro de las veinticuatro horas posteriores al informe de una lesión y, al no cumplir con esa ley, es posible que no esté cubierto por Compensación para trabajadores por esta lesión.

Entendido y acordado ____/____/____,
(Fecha)

Por: _____
(Firma del empleado)

SS #: _____

Fecha de la lesión: ____/____/____.

****DEBIDO DENTRO DE LAS 24 HORAS DEL ACCIDENTE****