



## FORMA PARA EL EMPLEADO DE DENEGACION DE TRATAMIENTO MEDICAL

Mi Director/Superintendente me ha avisado que yo puedo buscar tratamiento medical para el daño que me ocurrió en el trabajo, por la información enciando abajo. Yo pienso que tratamiento medical, no el necesario a este tiempo. Yo le informo a mi Director/Superintendente inmediatamente, si llega la necesidad de tratamiento.

\_\_\_\_\_  
(Nombre del Empleado-Imprimado)      (Fecha del daño, por Empleado)

\_\_\_\_\_  
(Hora del daño, por Empleado)

\_\_\_\_\_  
(Empleado: Lista de partes, especificas, del cuerpo. Por ejemplo: Mano Derecha, Dedo Índice)

\_\_\_\_\_  
(Empleado: Lista de tipo de daño, especifico. Por ejemplo: Rasguño, Quemada, Cortada)

\_\_\_\_\_  
(Firma de Empleado)      (Fecha de Hoy)

\_\_\_\_\_  
(Manager/Supervisor)      (Today's Date)

**Manager/Supervisor Comments:**

---

---

---

---

---

Manager/Supervisor Note: Use this form if an employee has a minor injury and they do not feel that they need medical treatment. If the employee's injury is obvious get medical attention and/or call 9-1-1, if necessary. Remember to complete the "Accident Investigation Report" form and fax it immediately to Patriot Risk Services at (954) 252-3816 if the employee refuses medical attention.