

PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

In the event you sustain an injury or illness related to your employment, you may be treated for such injury or illness by your personal medical doctor (M.D.) or doctor of osteopathic medicine (D.O.) or medical group if:

- your employer offers group health coverage;
- the doctor is your regular physician, who shall be either a physician who has limited his or her practice of medicine to general practice or who is a board-certified or board-eligible internist, pediatrician, obstetrician-gynecologist, family practitioner, and has previously directed your medical treatment, and retains your medical records;
- your "personal physician" may be a medical group if it is a single corporation or partnership composed of licensed doctors of medicine or osteopathy, which operates an integrated multispecialty medical group providing comprehensive medical services predominantly for nonoccupational illnesses and injuries;
- prior to the injury your doctor agrees to treat you for work injuries or illnesses;
- prior to the injury you provided your employer the following in writing: (1) notice that you want your personal doctor to treat you for a work-related injury or illness, and (2) your personal doctor's name and business address.

You may use this form to notify your employer if you wish to have your personal medical doctor or a doctor of osteopathic medicine treat you for a work-related injury or illness and the above requirements are met.

NOTICE OF PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

Employee: Complete this section.

To: _____ (name of employer) If I have a work-related injury or illness,

I choose to be treated by: _____
(Name of Doctor)(M.D., D.O., or medical group)

(Street Address, City, State, Zip Code)

(Telephone Number)

Employee Name (please print): _____

Employee's Address: _____

Employee's Signature _____ Date: _____

Physician: I agree to this Predesignation:

Signature: _____ Date: _____
(Physician or Designated Employee of the Physician or Medical Group)

The physician is not required to sign this form, however, if the physician or designated employee of the physician or medical group does not sign, other documentation of the physician's agreement to be predesignated will be required pursuant to Title 8, California Code of Regulations, section 9780.1(a)(3).

Title 8, California Code of Regulations, section 9783.
(Optional DWC Form 9783-Effective date March 2006)

YWCB August 2010

Page 3 of 5

This form complies with Labor Code requirements §3551, §3553, and Administrative Rule §9880, and has been approved by the Administrative Director of the Division of Workers' Compensation. This form cannot be altered.

NOTICE OF PERSONAL CHIROPRACTOR OR PERSONAL ACUPUNCTURIST

If your employer or your employer's insurer does not have a Medical Provider Network, you may be able to change your treating physician to your personal chiropractor or acupuncturist following a work-related injury or illness. In order to be eligible to make this change, you must give your employer the name and business address of a personal chiropractor or acupuncturist in writing prior to the injury or illness. Your claims administrator generally has the right to select your treating physician within the first 30 days after your employer knows of your injury or illness. After your claims administrator has initiated your treatment with another doctor during this period, you may then, upon request, have your treatment transferred to your personal chiropractor or acupuncturist.

You may use this form to notify your employer of your personal chiropractor or acupuncturist.

Your Chiropractor or Acupuncturist's Information:

(Name of Chiropractor or Acupuncturist)

(Street Address, City, State, Zip Code)

(Telephone Number)

Employee Name (please print):

Employee Address

Employee's Signature

Date:

Title 8, California Code of Regulations, section 9783.1.
(DWC Form 9783.1-Effective date March 2006)

DESIGNACIÓN ANTICIPADA DE MÉDICO PERSONAL

En caso de que usted sostenga haber sufrido una lesión o enfermedad relacionada con su empleo, usted puede ser atendido por dicha lesión o enfermedad por su médico personal (M.D.) o especialista en medicina osteopática (D.O.) si:

- su empleador ofrece cobertura de salud de grupo;
- el doctor es su médico regular, el cual deberá ser un médico que ha limitado su práctica a medicina general, o bien un médico internista certificado por la junta o elegible para la misma, pediatra, ginecoobstetra o médico de la familia, que le haya atendido previamente y mantiene su historia médica;
- su "médico personal" puede ser un grupo médico si se trata de una sola corporación o sociedad compuesta de doctores en medicina u osteopatía con licencia, que operen un grupo médico integrado de múltiples especialidades que proporcione servicios médicos completos que consistan predominantemente de enfermedades y lesiones no relacionadas con el empleo; antes de lesionarse, su médico ha acordado atender las lesiones o enfermedades laborales de usted;
- antes de lesionarse, usted le proporcionó a su empleador lo siguiente por escrito: (1) notificación de que usted desea que su médico personal le atienda una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, y (2) el nombre de su médico personal, así como la dirección del consultorio del mismo.

Usted puede usar este formulario para notificar a su empleador si usted desea que su médico personal o un especialista en medicina osteopática le atienda una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo y que se cumplen los requisitos anteriormente mencionados.

NOTIFICACIÓN DE DESIGNACIÓN ANTICIPADA DE MÉDICO PERSONAL

Empleado: Llenar esta sección.

A: _____ (nombre del empleador). En caso de que yo tenga una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo,

escojo ser tratado por: _____
(Nombre del médico) (M.D., D.O.)

(Dirección, ciudad, estado, código postal)

(Número de teléfono)

Nombre del empleado (en letra de molde): _____

Dirección del empleado: _____

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

Médico: Estoy de acuerdo con esta designación anticipada:

Firma: _____

Fecha: _____

(Médico o Empleado Designado del Médico o del Grupo Médico)

No se requiere que el médico firme este formulario, sin embargo, si el médico o el empleado designado del médico o del grupo médico no firma, será requerida otra documentación del acuerdo del médico a ser designado con anticipación, según el Título 8, del Código de Regulaciones de California, sección 9780.1(a)(3).

NOTIFICACIÓN DE QUIROPRACTICO O ACUPUNTURISTA PERSONAL

Si su empleador o el asegurador de su empleador no tiene una Red de Proveedores Médicos, usted podría cambiar el médico que lo atiende por su quiropráctico o acupunturista personal, después de haber sufrido una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. A fin de ser elegible para hacer este cambio, usted debe darle por escrito a su empleador el nombre y la dirección del consultorio de su quiropráctico o acupunturista personal, antes de sufrir una lesión o enfermedad. Su administrador de reclamaciones generalmente tiene derecho a seleccionar el médico que le atienda durante los primeros 30 días después de que su empleador haya tenido conocimiento de su lesión o enfermedad. Después de que su administrador de reclamaciones haya iniciado su tratamiento con otro doctor durante este período, usted puede entonces, a solicitud, ser transferido para su quiropráctico o acupunturista personal.

Usted puede usar este formulario para notificarle a su empleador acerca de su quiropráctico o acupunturista personal.

Información de su quiropráctico o acupunturista:

(Nombre del quiropráctico o acupunturista)

(Dirección, ciudad, estado, código postal)

(Número de teléfono)

Nombre del empleado (en letra de molde):

Dirección del empleado

Firma del empleado: _____

Fecha: _____