

# NOTICE OF EMPLOYEE'S RIGHT TO CHOOSE A DOCTOR

NOTICE TO EMPLOYER: Give this form to the injured worker as soon as possible AFTER each injury.

## EMPLOYEE MAY CHOOSE

When you are injured at work, you may have the right to choose a doctor to treat you.

If your employer gives you notice of this right following the accident, your choice of doctor is limited to a doctor who has treated you or an immediate family member before the injury.

- You must choose as soon as possible after your employer gives you this notice.
- If you have such a doctor and want that doctor to treat you for your work injury, you must tell your employer the name of the doctor.
- You can use the Choice of Doctor Designation Form below to record the name of the doctor you choose.
- Immediate family members are your spouse, children, parents, stepchildren, and stepparents.
- If your employer asks, you or your family member must give your employer written permission to verify prior treatment.

If it is an emergency, get the treatment you need, then tell your employer the name of your doctor.

You may choose any doctor to perform major surgery or an amputation, if that treatment is recommended.

Once you choose your doctor, you may not change doctors unless your employer agrees or the Nebraska Workers' Compensation Court orders a change. A referral made by the chosen doctor is not a change.

If your claim is denied, you may choose any doctor. You will be responsible for the medical bills unless your employer is later found liable for the claim.

If you choose a doctor outside the community where you live or work, and a doctor is available in a closer community, you will not receive mileage reimbursement.

## EMPLOYER MAY CHOOSE

If you were notified, but do not choose a doctor who treated you or a family member before the accident, YOUR EMPLOYER HAS THE RIGHT TO CHOOSE YOUR DOCTOR.

If you were notified, but you or your family member do not give permission for your employer to verify prior treatment with the doctor you choose, YOUR EMPLOYER HAS THE RIGHT TO CHOOSE YOUR DOCTOR.

### EMPLOYEE CONFIRMATION OF NOTICE

My employer has informed me of the right to choose a doctor.

\_\_\_\_\_  
[EMPLOYEE NAME]

\_\_\_\_\_  
[EMPLOYEE SIGNATURE]

\_\_\_\_\_  
[DATE OF NOTICE]

### EMPLOYER CONFIRMATION OF NOTICE

I have informed my employee of the right to choose a doctor.

\_\_\_\_\_  
[EMPLOYER REPRESENTATIVE NAME]

\_\_\_\_\_  
[EMPLOYER REPRESENTATIVE SIGNATURE]

\_\_\_\_\_  
[DATE OF NOTICE]

## CHOICE OF DOCTOR DESIGNATION FORM

I choose the following doctor to treat me for the work-related injury I had on \_\_\_\_\_, I certify that this doctor has treated me or an immediate family member before the work-related injury.  
[DATE OF INJURY]

\_\_\_\_\_  
[DOCTOR NAME]

\_\_\_\_\_  
[DOCTOR ADDRESS, IF KNOWN]

\_\_\_\_\_  
[EMPLOYEE SIGNATURE]

\_\_\_\_\_  
[DATE]

**OR** (Indicate your reason(s) for not choosing a doctor)

I do not have a doctor who has treated me or an immediate family member before this injury.

I have received notice of my right to choose a doctor, but I do not wish to choose a doctor who has treated me or an immediate family member.

\_\_\_\_\_  
[EMPLOYEE SIGNATURE]

\_\_\_\_\_  
[DATE]

# NOTIFICACIÓN DEL DERECHO DEL EMPLEADO A ELEGIR UN MÉDICO

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.

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 esposo/a, hijos, padres, hijastros y padrastros.
- 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 dígale 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. 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]

### EMPLOYER CONFIRMATION OF NOTICE

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]

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

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

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