**City and County of San Francisco Department of Human Resources**



***Connecting People with Purpose***

Carol Isen

Human Resources Director

[www.sfdhr.org](http://www.sfdhr.org)

**DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PARTICULAR**

En caso de que usted sufra una lesión o enfermedad relacionada con su empleo, usted puede recibir tratamiento médico por

esa lesión o enfermedad de su médico particular (M.D.), médico osteópata (D.O.) o grupo médico si:

* En la fecha de su lesión laboral usted tiene cobertura de atención médica para lesiones o enfermedades no laborales
* Su empleador le ofrece un plan de salud grupal
* El médico es su médico familiar o de cabecera, que será un médico que ha limitado su práctica médica a medicina general o que es un internista certificado o elegible para certificación, pediátra, gineco-obstreta, o médico de medicina familiar y que previamente ha estado a cargo de su tratamiento médico y tiene su expediente médico
* Su "médico particular" puede ser un grupo médico si es una corporación o sociedad o asociación compuesta de doctores certificados en medicina u osteopatía, que opera un integrado grupo médico multidisciplinario que predominantemente proporciona amplios servicios médicos para lesiones y enfermedades no relacionadas con el trabajo.
* Antes de la lesión su médico está de acuerdo a proporcionarle tratamiento médico para su lesión o enfermedad de trabajo
* Antes de la lesión usted le proporcionó a su empleador por escrito lo siguente: (1) notificación de que quiere que su médico particular le brinde tratamiento para una lesión o enfermedad de trabajo y (2) el nombre y dirección comercial de su médico particular.

Puede usar este formulario para notificarle a su empleador que desea que su médico particular o médico osteópata le proporcione tratamiento médico para una lesión o enfermedad de trabajo y que los requisitos mencionados arriba han sido cumplidos.

**Por favor, envíe este aviso directamente a Intercare en el abordar a continuación, proporcionar una copia a la oficina de personal del departamento y guardar una copia para sus archivos.**

**NOTICIA DE DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PARTICULAR**

**Empleado: Rellene esta sección.**

A: (Nombre del empleador)

Si sufro una lesión o enfermedad de trabajo, yo elijo recibir tratamiento médico de:

Nombre del medico (M.D., D.O. o grupo medico):

Dirección, ciudad, estado, código postal:

Número de teléfono: Número de fax:

Nombre del empleado (por favor imprima primero, último centro):

E-mail del empleado:

DSW número:

Domicilio del empleado:

Firma del empleado Fecha:   
**Médico: Estoy de acuerdo con esta Designación Previa:**

Firma: Fecha:

(Médico o Empleado designado por el Médico o Grupo Médico)

*El médico no está obligado a firmar este formulario, sin embargo, si el médico o empleado designado por el médico o grupo médico no firma, será*

*necesario presentar documentación sobre el consentimiento del médico de ser designado previamente de acuerdo al Código de Reglamentos de*

*California, Título 8, sección 9780.1(a)(3). FORMULARIO 9783 DE LA DWC (7/2014)*

**EMPLEADO:** Devuelve formulario original –

ATTN: MPN Department

InterMed CCS

PO BOX 358, Roseville, CA 95661

Or Email: [MPNMedicalAssistant@intermedccs.com](mailto:MPNMedicalAssistant@intermedccs.com)

One South Van Ness Avenue, 4th Floor **●** San Francisco, CA 94103-5413 ● (415) 557-4800