



**TENNESSEE DEPARTMENT OF LABOR AND WORKFORCE DEVELOPMENT**

**Division of Workers' Compensation**

**220 French Landing Drive**

**Nashville, Tennessee 37243-1002**

**Website: [www.state.tn.us/labor-wfd/wcomp.html](http://www.state.tn.us/labor-wfd/wcomp.html)**

**Telephone: 1-800-332-2667**

**La ELECCION del EMPLEADO DE MEDICO**

**Es un crimen dar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa a cualquiera de las partes involucradas en una transacción de compensación de un trabajador con el fin de cometer fraude. Las penas incluyen encarcelamiento, multas y negación de las prestaciones del seguro.**

Indique el Número del Archivo: \_\_\_\_\_ La fecha de la Lesión: \_\_\_\_\_

Empleado: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ FEIN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**EL SELECCIÓN DE MEDICOS**

Un selección de tres médicos se requiere. Si la lesión es una lesión de espalda que el selección debe ser ensanchado a cuatro, uno de quien debe ser un quiropráctico. Las visitas del quiropráctico se pueden autorizar hasta doce (12) visitas por la lesión de espalda. Más de doce (12) visitas a tal médico de la quiropráctica deben ser aprobadas específicamente por el portador de empleador o seguro. El empleado herido debe escoger a un médico (o el quiropráctico) del selección.

Los médicos Denominan: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Es Médico un Especialista?  Sí  No Si sí, da la especialidad: Ortopédico, el Neurocirujano, Chiropratic, etc. \_\_\_\_

Los médicos Denominan: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Es Médico un Especialista?  Sí  No Si sí, da la especialidad: Ortopédico, el Neurocirujano, Chiropratic, etc. \_\_\_\_

Los médicos Denominan: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Es Médico un Especialista?  Sí  No Si sí, da la especialidad: Ortopédico, el Neurocirujano, Chiropratic, etc. \_\_\_\_

Los médicos Denominan: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Es Médico un Especialista?  Sí  No Si sí, da la especialidad: Ortopédico, el Neurocirujano, Chiropratic, etc. \_\_\_\_

Los médicos Denominan: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Es Médico un Especialista?  Sí  No Si sí, da la especialidad: Ortopédico, el Neurocirujano, Chiropratic, etc. \_\_\_\_

Yo por la presente he escogido al médico siguiente de la lista proporcionada a mí por mi empleador:

Médico Escogido: \_\_\_\_\_

Firma de empleado: \_\_\_\_\_ La fecha Escogió: \_\_\_\_\_

***Una copia de esta forma debe ser proporcionada al empleado. El empleador debe mantener la forma original en el archivo y sobre el pedido Les proporciona una copia a la División de la Compensación de Trabajadores.***

Esta forma se requiere a estar en conformidad con Código de Tennessee Anotado§50-6-204.