



DECLINACIÓN A ATENCIÓN MÉDICA EXAMINACIÓN /TRATAMIENTO

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre del Empleado _____

Empleador _____

Fecha del Incidente/ Accidente ____ / ____ / ____ Tiempo del Incidente/ Accidente _____

Descripción del Incidente/ Accidente _____

ACEPTACIÓN DE LA DECLINACIÓN

Firme con iniciales por favor el párrafo apropiado

_____ Mi firma abajo confirma que **NO** estoy experimentando ninguna muestra o síntomas resultando del incidente/ accidente descritos arriba. Tratamiento médico me ha sido ofrecido; sin embargo, rehusó cualquier evaluación médica o tratamiento a consecuencia de este incidente/accidente relacionado con el trabajo.

_____ Mi firma abajo confirma que estoy experimentando muestras o síntomas como resultado del incidente/ accidente descritos arriba. Tratamiento médico me ha sido ofrecido; sin embargo, siento que mis síntomas están mejorando, rehusó cualquier evaluación médica o tratamiento a consecuencia de este incidente/accidente relacionado con el trabajo.

Si la necesidad del tratamiento médico se presenta como resultado de este incidente/accidente, he sido instruido de informar a mi supervisor inmediatamente.

Firma del Empleado

Fecha

Firma del Empleador

Fecha