



# Formulario de Rechazo de Tratamiento Médico por el Empleado

### Empleado

He sido informado por mi Manager/Supervisor de que puedo buscar tratamiento médico para la lesión que podría haber ocurrido en el trabajo, según la información que se da abajo. En este momento no creo que sea necesario recibir tratamiento médico, pero informaré a mi Manager/Supervisor inmediatamente si lo llegara a necesitar.

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_

Fecha de la lesión, según el Empleado : \_\_\_\_\_ Hora de la lesión, según el Empleado : \_\_\_\_ AM  PM

Especifique las Partes del Cuerpo (por ejemplo: mano derecha, dedo índice): \_\_\_\_\_

Especifique Tipo de Lesión (por ejemplo: raspadura, quemadura, cortadura) \_\_\_\_\_

### Manager/Supervisor

Comentarios: \_\_\_\_\_

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Manager/Supervisor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si usted tiene cualquier pregunta o inquietud, por favor llame al Departamento de Reclamaciones o Control de Pérdidas de Key HR.

**Por favor envíe el formulario por fax al (888) 252 -5217 o por correo electrónico a risks@KeyHRO.com**