

Formulario de Acuse de Recibo por el Empleado de Información sobre la Red de Cuidado de Salud (HCN) de Compensación por Lesiones de Trabajo

He recibido información que me notifica cómo obtener cuidado médico bajo el seguro de compensación por lesiones de trabajo ("Workers Compensation" por su nombre en inglés). Entiendo que mi empleador utiliza **la Red de Cuidado Médico First Health/Travelers**.

Si me lesiono en el trabajo y vivo en el área de servicio descrita en esta información, entiendo que:

1. Debo escoger un médico tratante de la lista de médicos de la red. O, puedo pedir al médico de cabecera ("PCP" por sus siglas en inglés) de mi organización mutual de mantenimiento de la salud ("HMO" por sus siglas en inglés) que sea mi médico tratante. Entiendo que este médico deberá comprometerse a seguir los requisitos de la HCN. Si decido pedirle a mi PCP de la HMO que me atienda como médico tratante, notificaré la HCN al 1-866-245-6472 de esta elección.

Marque uno de los siguientes:

- Es mi intención recibir atención médica por cualquier enfermedad o lesión relacionada con el trabajo del PCP de mi HMO
 - No es mi intención usar los servicios del PCP de mi HMO en caso de una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo
2. Debo acudir a mi médico tratante para recibir cualquier y toda atención médica por mi lesión. En caso de necesitar un especialista, mi médico tratante me derivará. Si necesito cuidado de urgencia, puedo buscar atención médica en cualquier lugar.
 3. La compañía de seguro pagará al médico tratante y a los otros profesionales de la red.
 4. Es posible que yo tenga que pagar la factura si recibo atención médica de personas ajenas a la red sin aprobación previa de la HCN.

(Firma)

(Fecha)

(Nombre y apellido en letra de molde)

Vivo en _____

(Domicilio)

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Nombre de la compañía: _____

Nombre de la Red: First Health/Travelers HCN

**El área de servicio de la red está sujeta a cambios.
Si usted necesita un profesional médico tratante llame a la HCN al: 1-866-245-6472.
DEVUELVA ESTE FORMULARIO COMPLETADO A SU COMPAÑÍA**