RECHAZO DE TRATAMIENTO MÉDICO DEL EMPLEADO

Mi supervisor/especialista en seguridad me ha informado que puedo buscar tratamiento médico para la lesión que pudo haber ocurrido en el trabajo, según la información indicada a continuación. No considero que sea necesario recibir tratamiento médico en este momento, pero informaré a mi supervisor o especialista en seguridad de inmediato si surge la necesidad.

- Nombre del empleado en letra de molde:
- Hora de la lesión según el empleado: Fecha de la lesión según el empleado:
- El empleado debe indicar la(s) parte(s) específica(s) del cuerpo. Ejemplo: mano derecha, dedo índice.
- El empleado debe indicar el tipo específico de lesión. Ejemplo: rasguño, quemadura, corte.

Firma del empleado ***Fecha de hoy***

Firma del supervisor/especialista en seguridad ***Fecha de hoy***

COMENTARIOS DEL GERENTE/ESPECIALISTA EN SEGURIDAD:

Nota del gerente/especialista en seguridad: Use este formulario si un empleado tiene una lesión menor y no considera que necesita tratamiento médico. Si la lesión del empleado es evidente, obtenga atención médica y/o llame al 911 si es necesario. Recuerde completar un formulario de reporte de incidente lo antes posible.

2001 57th Street | Brooklyn, NY 11204 | Tel: 718-851-5400 | Fax: 718-689-1445
www.gnpbrokerage.com