

## Predesignation Of Personal Physician

In the event you sustain an injury or illness related to your employment, you may be treated for such injury or illness by your personal medical doctor (M.D.), doctor of osteopathic medicine (D.O.) or medical group if:

- you have group health coverage;
- the doctor is your regular physician, who shall be either a physician who has limited his or her practice of medicine to general practice or who is a board-certified or board-eligible internist, pediatrician, obstetrician-gynecologist, or family practitioner, and has previously directed your medical treatment, and retains your medical records;
- your “personal physician” may be a medical group if it is a single corporation or partnership composed of licensed doctors of medicine or osteopathy, which operates an integrated multispecialty medical group providing comprehensive medical services predominantly for non-occupational illnesses and injuries;
- prior to the injury your doctor agrees to treat you for work injuries or illnesses;
- prior to the injury you provided your employer the following in writing: (1) notice that you want your personal doctor to treat you for a work-related injury or illness, and (2) your personal doctor’s name and business address.

You may use this form to notify your employer if you wish to have your personal medical doctor or a doctor of osteopathic medicine treat you for a work-related injury or illness and the above requirements are met.

## Notice Of Predesignation Of Personal Physician

**Employee: Complete this section.**

To: \_\_\_\_\_ (name of employer) If I have a work-related injury or illness, I choose to be treated by:

\_\_\_\_\_  
(name of doctor)(M.D., D.O., or medical group)

(street address, city, state, zip code)\_\_\_\_\_

(telephone number)\_\_\_\_\_

Employee Name (please print): \_\_\_\_\_

Employee’s Address: \_\_\_\_\_

Employee’s Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Physician: I agree to this Predesignation:**

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

(Physician or Designated Employee of the Physician or Medical Group)

The physician is not required to sign this form, however, if the physician or designated employee of the physician or medical group does not sign, other documentation of the physician’s agreement to be predesignated will be required pursuant to Title 8, California Code of Regulations, section 9780.1(a)(3).

## Designación Previa De Médico Particular

En caso de que usted sufra una lesión o enfermedad relacionada con su empleo, usted puede recibir tratamiento médico por esa lesión o enfermedad de su médico particular (M.D.), médico osteópata (D.O.) o grupo médico si:

- usted tiene un plan de salud grupal
- el médico es su médico familiar o de cabecera, que será un médico que ha limitado su práctica médica a medicina general o que es un internista certificado o elegible para certificación, pediatra, gineco-obstetra, o médico de medicina familiar y que previamente ha estado a cargo de su tratamiento médico y tiene su expediente médico
- su “médico particular” puede ser un grupo médico si es una corporación o sociedad o asociación compuesta de doctores certificados en medicina u osteopatía, que opera un integrado grupo médico multidisciplinario que predominantemente proporciona amplios servicios médicos para lesiones y enfermedades no relacionadas con el trabajo.
- antes de la lesión su médico está de acuerdo a proporcionarle tratamiento médico para su lesión o enfermedad de trabajo
- antes de la lesión usted le proporcionó a su empleador por escrito lo siguiente: (1) notificación de que quiere que su médico particular le brinde tratamiento para una lesión o enfermedad de trabajo y (2) el nombre y dirección comercial de su médico particular.

Puede utilizar este formulario para notificarle a su empleador que desea que su médico particular o médico osteópata lo atienda para una lesión o enfermedad de trabajo y que los requisitos mencionados arriba han sido cumplidos.

## Noticia De Designación Previa De Médico Particular

**Empleado: Llene esta sección.**

A: \_\_\_\_\_ (nombre del empleador) Si tengo una lesión o enfermedad de trabajo, yo elijo ser atendido por:

\_\_\_\_\_  
(nombre del médico)(M.D., D.O., o grupo médico)

(dirección, ciudad, estado, código postal)\_\_\_\_\_

(número de teléfono)\_\_\_\_\_

Nombre del Empleado (en letras de molde, por favor): \_\_\_\_\_

Domicilio del Empleado: \_\_\_\_\_

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

**Médico: Estoy de acuerdo con esta Designación Previa:**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Médico o Empleado designado por el Médico o Grupo Médico)

El médico no está obligado a firmar este formulario, sin embargo, si el médico o empleado designado por el médico o grupo médico no firma, será necesario presentar documentación sobre el consentimiento del médico de ser designado previamente de acuerdo al Código de Reglamentos de California, Título 8, sección 9780.1(a) (3).