

Red de Proveedores Médicos (MPN) de California
Formulario de Reconocimiento

He recibido la información que me dice cómo obtener el tratamiento médico dentro del

_____.
(Name of MPN)

Entiendo que si necesito atención médica por causa de una lesión relacionada con el trabajo, la misma debe ser tratada por un médico aprobado para tener derecho a beneficios. Un médico aprobado puede ser un médico de la Red de Proveedores Médicos (MPN) o mi médico personal predesignada.

En caso de emergencia, yo entiendo que debo llamar al 911 o dirigirme a la sala de emergencias más cercana.

(Firma) (Fecha)

(Nombre en letras de imprenta)

Vivo en _____
(Dirección, calle)

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Nombre del empleador _____