

Santa Barbara Community College District

workers' compensation: Pre-Designation of Personal Physician

If you have health insurance and you are injured on the job you have the right to be treated immediately by your personal physician (M.D., D.O), or medical group, if you notify your employer, in writing, prior to the injury. Per Labor Code 4600 **to qualify as your predesignated, personal physician, the physician must agree, in writing, to treat you for a work related injury,** must have previously directed your medical care and must retain your medical history and records. Your predesignated physician must be a family practitioner, general practitioner, board certified or board eligible internist, obstetrician-gynecologist or pediatrician. 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 multi-specialty medical group providing comprehensive medical services predominantly for non-occupational illnesses and injuries.

This is an optional form that can be used to notify your employer of your personal physician. You may choose to use another form, as long as you notify your employer, in writing, prior to being injured on the job and provide written verification that your personal physician meets the above requirements and agrees to be predesignated. Otherwise, you will be treated by one of your employers' designated workers' compensation medical providers.

EMPLOYEE NAME & ADDRESS:

- ☐ **I acknowledge receipt of this form and elect not** to predesignate my personal physician at this time. I understand that I will receive medical treatment from my employers' medical provider. I understand that, at any time in the future, I can change my mind and provide written notification of my personal physician. I understand that the written notification must be on file prior to an industrial injury.

Employee Signature: _____ Date: _____

OR ☐ **If I am injured on the job, I wish to be treated by my personal physician*:**

Name of Physician or Medical Group _____ Phone Number _____

Address _____

*This physician is my personal primary care physician who has previously directed my medical care and retains my medical history and records.

Name of Insurance Company, Plan, or Fund providing health coverage for nonoccupational injuries or illnesses:

Employee Signature: _____ Date: _____

A Personal Physician must be willing to be predesignated and treat you for a workers' compensation injury. The remainder of this form is to be completed by your physician and returned to your Employer.

PERSONAL PHYSICIAN ACKNOWLEDGEMENT

Per Labor Code 4600 to qualify you must meet the criteria outlined above. You are not required to sign this form, however, if you or your designated employee, does not sign, other documentation of the physicians' agreement to be predesignated will be required pursuant to Title 8, California Code of Regulations, section 9780.1(a)(3).

PERSONAL PHYSICIAN OR MEDICAL GROUP NAME: _____

- ☐ **I agree to treat the above named employee in the event of an industrial accident or injury.** I meet the criteria outlined above. I agree to adhere to the Administrative Director's Rules and Regulations, Section 9785, regarding the duties of the employee-designated physician.

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

Date

Please return completed form to:

Santa Barbara City College, Human Resources, 721 Cliff Drive Santa Barbara, Ca 93109, fax 805-965-0151

Santa Barbara Community College District
Compensación de trabajadores: Predesignación del médico personal

Si usted tiene seguro médico y se lesiona en el trabajo, usted tiene derecho a ser tratado inmediatamente por su médico personal (M.D. - Doctor en Medicina, D.O. - Doctor en Osteopatía) o grupo médico; si notifica a su empleador, por escrito y antes de la ocurrencia de la lesión. De conformidad con el artículo 4600 del Código Laboral, para reunir los requisitos como su médico personal predesignado, el médico debe confirmar por escrito, que está de acuerdo en tratarlo por lesiones laborales, debe haber dirigido previamente su cuidado médico y conservar su historia y expedientes médicos. Su médico predesignado debe ser un médico familiar, médico general, certificado o internista titulado, obstetra-ginecólogo o pediatra. Su "médico personal" puede ser un grupo médico, si es una corporación o sociedad compuesta de médicos licenciados, medicina u osteopatía la cual opera un grupo médico integrado de múltiples especialidades que brinda servicios médicos completos predominantemente por enfermedades y lesiones que no sean laborales.

Este es un formulario opcional que puede usar para avisar a su empleador sobre su médico personal. Usted puede elegir usar otro formulario, siempre y cuando dé aviso a su empleador por escrito, antes de la ocurrencia de alguna lesión y le proporcione una constancia por escrito indicando que su médico personal reúne los requisitos previamente mencionados y está de acuerdo con dicha asignación. De lo contrario, será atendido por uno de los proveedores médicos para casos de compensación de trabajadores designados por su empleador.

NOMBRE DEL EMPLEADO Y DOMICILIO: _____

- ☐ **Acuso recibo de este formulario y elijo no designar anticipadamente a mi médico personal en este momento.** Entiendo que el proveedor médico de mi empleador me proporcionará tratamiento médico. Entiendo que, en cualquier momento en el futuro puedo cambiar de opinión y proporcionar aviso por escrito sobre mi médico personal. Entiendo que el aviso por escrito debe estar en el expediente antes de la ocurrencia de una lesión laboral.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

- ☐ **Si sufriera una lesión de trabajo, deseo ser atendido por mi médico personal*:**

Nombre del médico o grupo médico _____ Número de teléfono _____

Dirección _____

* Este es mi médico personal que ha dirigido mi atención médica previamente y conserva mi historia y registros médicos.

Nombre de compañía de seguros, Plan o Fondo de cobertura de salud por enfermedades o lesiones no ocupacionales:

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

El médico personal debe estar de acuerdo con que se le designe anticipadamente y en tratarlo por lesiones laborales.
El resto de este formulario debe ser completado por su médico y devuelto a su empleador.

VERIFICACIÓN DEL MÉDICO PERSONAL

De conformidad con el artículo 4600 del Código Laboral, para calificar, usted debe cumplir con los requisitos indicados anteriormente. No se requiere que firme este formulario; sin embargo, si usted o el empleado que ha designado no lo firma, se requerirán otros documentos, por escrito, sobre el acuerdo del médico para que se le designe con anticipación, de acuerdo con el Título 8, del Código de Reglamentos de California, artículo 9780.1(a)(3).

NOMBRE DEL MÉDICO PERSONAL O GRUPO MÉDICO: _____

- ☐ **Estoy de acuerdo en tratar al empleado arriba nombrado en caso de accidentes o lesiones laborales.** Cumpló con los requisitos indicados anteriormente. Estoy de acuerdo en adherirme a las Normas y Reglamentos del Director Administrativo, Artículo 9785, sobre los deberes del médico designado por el empleado.

 (Médico o Médico asignado del empleado o Grupo médico)

 Fecha

Por favor devuelva este formulario lleno a:

Santa Barbara City College, Human Resources, 721 Cliff Drive Santa Barbara, CA 93109, fax 805-965-0151