

☐ **Demolition** ☐ **Environmental** ☐ **Industrial**

**DECLINACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO  
(COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES)**

Yo \_\_\_\_\_ pude haber sufrido una lesión relacionada  
(Empleado)  
en cuando estaba \_\_\_\_\_ (fecha de lesión) \_\_\_\_\_ (tarea de trabajo)  
Como resultado del incidente, lesioné mi \_\_\_\_\_ (Parte del cuerpo).

Entiendo qué puedo tener derecho a beneficios de compensación para trabajadores y/  
o tratamiento médico bajo la política de compensación laboral de mi empleador. En  
este momento no deseo buscar tratamiento médico para el incidente anterior sobre  
una base industrial.

Entiendo que mi empleador ha ofrecido tratamiento médico para el incidente anterior y que  
esta declinación es voluntaria. Acepto notificar a mi empleador inmediatamente si decido que  
deseo un tratamiento industrial paraqué mi empleador me envíe su establecimiento  
designado.

Mi empleador me ha proporcionado un formulario DWC-1. Si decidiera que deseo un  
tratamiento en una base industrial y decido proceder con un reclamo bajo la política  
de compensación laboral de mi empleador, entiendo que debo completar este  
formulario y notificar a mi empleador inmediatamente.

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Representante autorizado del empleador