

Company Name
EMPLOYEE DECLINE of MEDICAL TREATMENT
RECHAZO de TRATAMIENTO MEDICO del EMPLEADO

Employee/*Empleado*

Date of Incident/*Fecha del Incidente*

At this time I am declining medical treatment. Although an incident has occurred, I do not wish medical treatment. I am aware of the company policy and if I should find I need treatment in the future as a result of this incident, I will notify my supervisor and obtain medical treatment at the designated medical clinic.

Por ahora rehuso el tratamiento médico. Aunque ha ocurrido un incidente, no deseo tratamiento médico. Estoy consciente de la póliza de la compañía y si en el futuro encontrar que necesito tratamiento como resultado de este incidente, le notificaré a mi supervisor y obtendré tratamiento en la clínica designada.

I understand that if I do not follow the above policy I may jeopardize my Workers' Compensation Benefits and that I may be responsible for any unauthorized medical bills, which I may incur.

Entiendo que si no me apego a la póliza anterior, puedo arriesgar mis beneficios de Compensación al Trabajador y puedo ser responsable de cualquier factura medica inautorizada que pueda incurrir.

Employee Signature
Firma del Empleado

Employee Name (Printed)
Nombre Completo del Empleado

Date/*Fecha*