



Denegación Del Tratamiento Médico

ACUERDO

I, _____ (nombre) ha reportado una lesión relacionada con el trabajo en _____ (fecha). Estoy rechazando el tratamiento médico para en este momento para cualquier lesión relacionada con el trabajo. Entiendo que si no sigo los procedimientos de accidentes, como se refleja en mi contrato de trabajo o solicitud de empleo, mi lesión no será cubierta por la compensación de los trabajadores y estoy renunciando a mis derechos a todos y cada Beneficios de compensación de trabajadores. Entiendo que además del examen de alcohol y drogas acordado en mi solicitud de empleo, la ley estatal permite a un empleador requerir una pantalla de drogas y alcohol inmediatamente después del tratamiento médico, o dentro de las primeras veinticuatro horas de un informe de lesión, lo que suceda primero. Y, al no cumplir con esa ley y la piedra angular de la política de detección de alcohol y drogas de la peo, estoy renunciando intencionalmente a mis derechos a todos y cada Beneficios de compensación de trabajadores por este accidente o lesión.

Entendido y acordado en _____, por _____.
Fecha Firma

Fecha de la lesión: _____

Número de seguro social: _____

Firma del testigo: _____

fecha _____

Nombre del testigo (impresión): _____