

DWC FORM 9783 (March 1, 2007) PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

In the event you sustain an injury or illness related to your employment, you may be treated for such injury or illness by your personal medical doctor (M.D.) or doctor of osteopathic medicine (D.O.) if:

- Your employer offers group health coverage;
- The doctor is your regular physician, who shall be either a physician who has limited his or her practice of medicine to general practice or who is a board-certified or board-eligible internist, pediatrician, obstetrician-gynecologist, or family practitioner, and has previously directed your medical treatment, and retains your medical records;
- 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 multispecialty medical group providing comprehensive medical services predominantly for nonoccupational illnesses and injuries;
- Prior to the injury your doctor agrees to treat you for work injuries or illnesses;
- Prior to the injury you provided your employer the following in writing: (1) notice that you want your personal doctor to treat you for a work-related injury or illness, and (2) your personal doctor's name and business address.

You may use this form to notify your employer if you wish to have your personal medical doctor or a doctor of osteopathic medicine treat you for a work-related injury or illness and the above requirements are met.

EMPLOYEE	
Employee: Sign this section.	
Employer Name:	_____
Employee Name	_____
SSN#	_____
(Alternate ID)	_____
Date of Hire	_____
Date of Birth	_____
Address	_____
City	_____
State/Zip	_____
In the event of any on-the-job, work-related injury, I request that I be treated by my personal physician.	
Employee Signature:*	<u> X </u>
Date: *	_____

PHYSICIAN	
We cannot process this form without the fields marked bold with an asterisk. (*) (Please PRINT clearly)	
Physician First Name *	_____
Physician Last Name *	_____
List Physician practice *	_____
Physician Street Address *	_____
City *	_____
St, Zip *	_____
Telephone Number of the physician's practice	() - _____
Group Name:	_____
CA License	_____
Physician: I agree to this Predesignation:	
Physician Signature:	<u> X </u>
Date of Acceptance:	_____

The physician is not required to sign this form, however, if the physician or designated employee of the physician does not sign, other documentation of the physician's agreement to be predesignated will be required pursuant to Title 8, California Code of Regulations, section 9780.1(a)(3).

**Completed forms should be returned to:
USC c/o Harbor Health Systems, P.O Box 54770, Irvine, CA 92619-4770**



DWC FORMA 9783 (1 de Marzo, 2007) DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PARTICULAR

En caso de que usted sufra una lesión o enfermedad relacionada con su empleo, usted puede recibir tratamiento médico por esa lesión o enfermedad de su médico particular (M.D.), médico osteópata (D.O.) o grupo médico si:

- su empleador le ofrece un plan de salud grupal
- el médico es su médico familiar o de cabecera, que será un médico que ha limitado su práctica médica a medicina general o que es un internista certificado o elegible para certificación, pediatra, gineco-obstetra, o médico de medicina familiar y que previamente ha estado a cargo de su tratamiento médico y tiene su expediente médico
- su "médico particular" puede ser un grupo médico si es una corporación o sociedad o asociación compuesta de doctores certificados en medicina u osteopatía, que opera un integrado grupo médico multidisciplinario que predominantemente proporciona amplios servicios médicos para lesiones y enfermedades no relacionadas con el trabajo.
- antes de la lesión su médico está de acuerdo a proporcionarle tratamiento médico para su lesión o enfermedad de trabajo
- antes de la lesión usted le proporcionó a su empleador por escrito lo siguiente: (1) notificación de que quiere que su médico particular le brinde tratamiento para una lesión o enfermedad de trabajo y (2) el nombre y dirección comercial de su médico particular.

Puede usar este formulario para notificarle a su empleador que desea que su médico particular o médico osteópata le proporcione tratamiento médico para una lesión o enfermedad de trabajo y que los requisitos mencionados arriba han sido cumplidos.

EMPLEADO	
<i>Empleado: Firme esta sección</i>	
Empleador:	_____
Nombre del Empleado:	_____
SSN#	_____
(Empleado ID#) *	_____
Fecha de alquiler:	_____
Fecha de nacimiento:	_____
Dirección:	_____
Cuidad:	_____
Estado/Codigo postal	_____
Si sufro una lesión o enfermedad de trabajo, yo elijo recibir tratamiento médico de:	
Firma del Empleado: *	<input checked="" type="checkbox"/> _____
Fecha: *	_____

MÉDICO	
No podemos procesar esta forma sin los campos marcamos en negrilla con un asterisco (*). <i>en letras de molde, por favor</i>	
Médico: (primer nombre) *	_____
Médico: (ultimo nombre) *	_____
Practica de Medico: *	_____
Dirección de oficina: *	_____
Ciudad: *	_____
Estado/Codigo Postal: *	_____
Telefono:	(____)____-____
Nombre de grupo medico:	_____
Licencia de CA#	_____
Médico: Estoy de acuerdo con esta Designación Previa:	
Firma del Medico:	<input checked="" type="checkbox"/> _____
Fecha de aceptación:	_____

El médico no está obligado a firmar este formulario, sin embargo, si el médico o empleado designado por el médico o grupo médico no firma, será necesario presentar documentación sobre el consentimiento del médico de ser designado previamente de acuerdo al Código de Reglamentos de California, Título 8, sección 9780.1(a)(3).

**Llene y envíe el formulario a:
USC c/o Harbor Health Systems, P.O Box 54770, Irvine, CA 92619-4770**

