

## Confirmación del Empleado de la Red de Compensación para Trabajadores

He recibido la información que me informa cómo obtener atención médica bajo el seguro de compensación para trabajadores de mi empleador.

Si sufro una lesión en el trabajo y vivo en un área de servicios descrita en esta información, comprendo que:

1. Debo elegir un médico de tratamiento de la lista de médicos de la red. O podría solicitarle a mi médico de cabecera de la OMS que acepte atenderme como médico de tratamiento. Si elijo a mi médico de cabecera como a mi médico del tratamiento, llamaré a Texas Mutual al (800) 859-5995 para notificarles mi opción.
2. Debo dirigirme a mi médico de tratamiento para todos los servicios de atención médica relacionados con mi lesión. Si necesito un especialista, mi médico de tratamiento me dará la derivación. Si necesito atención de emergencia podré dirigirme a cualquier lugar.
3. La compañía de seguros abonará los costos del médico de tratamiento y de los otros proveedores de la red.
4. Podría tener que abonar la factura si recibo asistencia médica en cualquier otro lugar que no sea un médico de la red, si no cuento con la aprobación de la red.
5. A sabiendas hacer un reclamo falso de compensación puede dar lugar a una investigación penal que podría resultar en sanciones penales, como multas y encarcelamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Aclaración

Vivo en:

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código Postal

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre de la Red: *Texas Star Network*®

**Las áreas de servicio de la red se encuentran sujetas a cambios. Llame al (800) 381-8067 si necesita un proveedor de tratamientos médicos de la red.**

Por favor, indique si la presente es la:

Notificación Inicial

Notificación de una Lesión (Fecha de la lesión: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

**NO ENTREGUE ESTE FORMULARIO A TEXAS MUTUAL INSURANCE COMPANY EXCEPTO QUE SE LO SOLICITEN.**