

EMPLOYEE INJURY NOTIFICATION FORM

I, _____ have reported a work related injury to my supervisor and have been offered medical treatment and I have refused treatment. I do understand that if I do require medical treatment as a result of this injury, I will notify my supervisor. They will direct me to an authorized physician/ clinic. Any unauthorized treatment will not be considered for payment. I will also submit to any required drug treatment as a result of this injury.

Employee's signature

Date

Supervisor's signature

Date

FORMULARIO DE NOTIFICACION DE EMPLEADO LESIONADO

Yo, _____ le he reportado a mi supervisor una lesión relacionada con mi trabajo y yo he rehusado tratamiento. Yo entiendo que si yo requiero tratamiento medico como resultado de esta lesión, yo le notificare a mi supervisor. Ellos me dirigirán a una clinica/doctor autorizado. Cualquier tratamiento no autorizado no será considerado para pagarse.

Yo también me someteré a cualquier prueba de droga requerida como resultado de esta lesión.

Firma del Empleado

Fecha

Firma del Supervisor

Fecha