

# Business Insurers of Georgia

\_\_\_\_\_  
(Name of BIoG's Client Employing Injured Worker)

## REFUSAL OF DOCTOR'S CARE AGREEMENT

I, \_\_\_\_\_, have reported a job related injury on \_\_\_\_\_.  
(Print Name of Employee) (Injury Date)

I have explained the details of this incident to my supervisor, but do not wish to seek any outside medical treatment this time.

I understand that by signing this statement, I am not giving up my right to seek medical treatment in the future, if I feel it is necessary. I further understand that if I do not follow the procedures as reflected in my employment agreement, my injury may not be covered by Workers' Compensation.

I understand that a drug screen may be required upon report of an injury, and by not complying, I may not be covered by Workers' Compensation for this injury.

Understood and agreed on \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
(Today's Date)

By: \_\_\_\_\_  
(Signature of Employee)

SS #: \_\_\_\_\_

Date of Injury: \_\_\_\_\_

**\*\*\*\*DUE WITHIN 24 HOURS OF ACCIDENT\*\*\*\***

# Business Insurers of Georgia

---

(Nombre del cliente de BIOGA que emplea a un trabajador lesionado)

## RECHAZO DE ATENCIÓN MÉDICA

Yo, \_\_\_\_\_, he reportado de una lesion relacionada al trabajo el día \_\_\_\_\_.  
(Nombre del empleado) (Fecha)

Le he informado los detalles de este incidente a mi supervisor, pero deseo buscar ningún tratamiento médico externo.

Entiendo que al firmar esta declaración, no renunciaré a mi derecho a buscar tratamiento médico en el futuro, si lo considero necesario. Además, entiendo que si no sigo los procedimientos que se reflejan en mi contrato de trabajo, es posible que mi lesión no esté cubierta por el Seguro de los trabajadores.

Entiendo que es posible que se requiera un examen de detección de drogas al momento de reportar una lesión y el no cumplir con este requisito, es posible que no esté cubierto por el seguro de casos del trabajador para esta lesión.

Entendido y acordado en el día \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
(Fecha de hoy)

Por: \_\_\_\_\_  
(Firma del Empleado)

SS #: \_\_\_\_\_

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_

**\*\*\*\* ESTA FORMA DEBE DE SER COMPLETADA Y ENTREGADA DURANTE LAS  
PRIMERAS 24 HORAS LUEGO DEL ACCIDENTE \*\*\*\***