

ACUERDO DEL EMPLEADO PROCEDIMIENTOS LABORALES PRUDENTES Y DE ATENCION CONTROLADA

Como condición de empleo, yo, _____, acepto, por este medio cumplir con el
(favor de escribir su nombre completo en letra de molde)

Programa de Procedimientos Laborales Prudentes y de Atención controlada indicado a continuación:

1. Acepto seguir los procedimientos prudentes de precaución establecidos en el departamento.
2. Acepto informar a mi supervisor de todo accidente o lesión relacionada con el trabajo tan pronto ocurra, y después que termine mi turno laboral.
3. Si necesito recibir tratamiento a consecuencia de una lesión relacionada con el trabajo, entiendo que mi empleador ha implantado un programa de atención controlada para indemnizaciones por accidentes de trabajo con **el FHM Insurance Company programa WECARE y la Red AmeriSys/Rockport** y que los procedimientos indicados a continuación deben seguirse respecto a toda lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Cabe notar que el Estatuto de la Florida 440.134, Inciso 17 indica: **"...No se podrá indemnizar ningún tratamiento recibido fuera del plan de atención controlada para indemnizaciones por accidentes de trabajo a no ser que lo autorice la entidad aseguradora antes de la fecha de tratamiento"**.
 - Informar inmediatamente al supervisor de toda lesión relacionada con el trabajo.
 - Entregar personalmente la carta de presentación al coordinador de la atención médica en la primera visita.
 - Seguir las instrucciones del coordinador de la atención médica respecto al tratamiento adicional del especialista, si es necesario.
 - **Asegurarme de que el coordinador de la atención médica sea el único que tramite todo el tratamiento médico.**
 - Plantearle al coordinador de la atención médica, que es el coordinador de los tratamientos médicos, toda pregunta sobre el nivel de atención médico.
 - Seguir los procedimientos establecidos de presentación de quejas para resolver toda insatisfacción que haya en cuanto al tratamiento médico.

Entiendo que si no sigo los procedimientos señalados anteriormente, se podrán tomar medidas disciplinarias, en las que no se excluirá ni el despido del empleo ni la pérdida de los beneficios correspondientes a las indemnizaciones por accidentes de trabajo.

También entiendo que conforme al Inciso 440.09, Numeral 5 de la Ley de Indemnizaciones por Accidentes de Trabajo de la Florida, los beneficios de mi indemnización podrán reducirse a consecuencia de toda lesión que ocurra por no haberse seguido los procedimientos prudentes de precaución establecidos.

Firma del Empleado

Fecha

Firma del Testigo

Original: Para el archivo del Departamento de Personal / Copia: Para el emplead