



EMPLOYEE'S CHOICE OF PHYSICIAN

Medical Panel

Employer

- List at least three physicians and provide this panel to employee upon the report of a workplace injury.
- Keep the completed original form on file and send a copy to the employee for their records.
 - Do *not* send this form to the State unless requested.

Employee

- Fill out the bottom portion of this form to indicate which physician you choose.
 - If you refuse to accept medical services from the chosen physician, your rights to benefits may be delayed.
 - Traveling more than 15 miles (one way) to (or from) medical treatment? Employees may seek reimbursement of their travel expenses from the insurance carrier.
- **Send** completed form **back to your employer**.

TO BE COMPLETED BY THE **EMPLOYER**:

Employee Name _____ Date Panel Provided _____

Employer _____ Date of Injury _____

Employer Contact _____ Phone _____ Email _____

Physician 1	Physician 2	Physician 3
Name _____	Name _____	Name _____
Phone _____	Phone _____	Phone _____
Address _____ _____	Address _____ _____	Address _____ _____
City _____	City _____	City _____
State _____ Zip _____	State _____ Zip _____	State _____ Zip _____
Is Telehealth available with Physician #1? Yes ____ No ____	Is Telehealth available with Physician #2? Yes ____ No ____	Is Telehealth available with Physician #3? Yes ____ No ____
If yes, web address _____	If yes, web address _____	If yes, web address _____
(Optional) Telehealth-Only Physician 4 Name _____ Phone _____		
Telehealth Provider email address _____ Web address _____		

TO BE COMPLETED BY THE **EMPLOYEE**:**I have selected the following physician from the list provided to me by my employer:**

Physician Name _____ Appt Date/Time _____

I select: In-person treatment ____ **or** Treatment by Telehealth ____ Were you offered in-person treatment? Yes ____ No ____

Employee Signature _____ Date _____

FORMULARIO C-42

AGENCIA DE INDEMNIZACIÓN LABORAL DE
TENNESSEE



ELECCION DE MEDICO DEL EMPLEADO

Panel Médico

Empleador

- Indique al menos tres médicos y proporcione este panel al empleado siempre que haya informe de una lesión laboral.
- Mantenga el formulario original completado en sus archivos y envíe una copia al empleado para su constancia.
 - No envíe este formulario al Estado, a menos que se lo solicite.

Empleado

- Llene la parte inferior de este formulario para indicar el médico de su elección.
 - Si se niega a aceptar los servicios médicos del doctor elegido, esto podría conllevar a retrasos en sus derechos a beneficios.
 - ¿Tiene que viajar más de 15 millas (ida o vuelta) a (o desde) el tratamiento médico? Los empleados pueden solicitar reembolso de sus gastos de viaje de la aseguradora.
- Envíe** el formulario completado **a su empleador**.

A SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR:

Nombre del empleado _____ Fecha en que se proporcionó el panel _____

Empleador _____ Fecha de la lesión _____

Contacto del empleador _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____

Médico 1	Médico 2	Médico 3
Nombre _____ Teléfono _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ ¿El médico #1 usa Telesalud? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, sitio web _____	Nombre _____ Teléfono _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ ¿El médico #2 usa Telesalud? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, sitio web _____	Nombre _____ Teléfono _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ ¿El médico #3 usa Telesalud? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, sitio web _____

(Opcional) Telesalud solamente **Médico 4** Nombre _____ Teléfono _____

Dirección de correo electrónico del proveedor de Telesalud _____ Sitio web _____

A SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO:

He seleccionado el siguiente médico de la lista que me proporcionó mi empleador:

Nombre del médico _____ Fecha/Hora de la cita _____

Yo selecciono: Tratamiento en persona _____ ☐ tratamiento por Telesalud _____

¿Se le ofreció tratamiento en persona? Sí _____ No _____

Firma del empleado _____ Fecha _____