

Cuestionario de las Responsabilidades del Empleador

Nombre del Paciente/Cliente _____

Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social _____

1	¿El empleador proporciono un aviso en un lugar frecuentado por los empleados que indica el nombre de la compañía de seguros de compensación corriente del empleador, o que el empleador está asegurado y quién es responsable por ajuste de reclamaciones?	Si	No	1
2	¿El empleador proporciono una notificación advirtiendo a los empleados de que todas las lesiones deben ser reportadas a su empleador?	Si	No	2
3	¿Fue el aviso fácil para comprender?	Si	No	3
4	¿Fue el anuncio publicado en Español?	Si	No	4
5	¿El aviso incluye cómo obtener tratamiento médico de emergencia?	Si	No	5
6	¿El aviso incluye la lista de los tipos de acontecimientos, lesiones y enfermedades cubiertas por la compensación de los trabajadores?	Si	No	6
7	¿El aviso incluye información sobre el derecho del empleado lesionado a recibir atención médica?	Si	No	7
8	¿El aviso incluye información acerca de los derechos del empleado para seleccionar y cambiar el médico tratante?	Si	No	8
9	¿El aviso incluye información acerca de los derechos del trabajador a recibir indemnización de incapacidad temporal, la indemnización de incapacidad permanente, la pérdida de trabajo suplementario, y los beneficios por fallecimiento?	Si	No	9
10	¿La notificación incluye la información de contacto al que las lesiones deben ser reportados a?	Si	No	10
11	¿El aviso incluye la existencia de límites de tiempo para el empleador para ser notificado de un accidente de trabajo?	Si	No	11
12	¿El aviso incluye información relacionada con la protección contra la discriminación?	Si	No	12
13	¿El aviso incluye la dirección del Website de Internet y la información de contacto que los empleados pueden utilizar para obtener más información sobre el proceso de reclamos de compensación para los trabajadores y los derechos y obligaciones de un empleado lesionado?	Si	No	13
14	¿El aviso incluye la ubicación y número de teléfono del información y asistencia oficial más cercana?	Si	No	14
15	¿El aviso proporciona una lista de número (s) de teléfono de emergencia, los servicios hospitalarios, de ambulancia, policía y lucha contra el fuego?	Si	No	15
16	¿El aviso incluye cómo el empleador no puede ser responsable de una compensación debido a una lesión debido a la participación voluntaria del empleado en cualquier actividad fuera de servicio recreativo, social, o atlética que no sea parte de los deberes laborales del empleado?	Si	No	16
17	¿El aviso proporciono una descripción sobre Medical Provider Network ("MPN"), que incluye lo que es un MPN, la exención pre-designación de la MPN, cuando un empleado debe comenzar a utilizar un médico de la MPN, y la forma de solicitar información sobre usando una MPN?	Si	No	17
18	Si el empleador está usando un MPN, ¿hizo el anuncio para indicar la fecha de vigencia cobertura del MPN para cubrir las lesiones actuales?	Si	No	18
19	¿La lista incluye el número de teléfono del MPN, dirección, y cuando esté disponible, la dirección del MPN website?	Si	No	19

Cuestionario de las Responsabilidades del Empleador

20	¿Su empleador le proporciono una notificación escrito del MPN que describa cómo obtener acceso a la atención inicial y la atención médica posterior?	Si	No	20
21	¿Su empleador le proporciono una notificación escrita del MPN que describa el kilometraje, requisitos de tiempo, y las normas de acceso alternativo requiere?	Si	No	21
22	¿Su empleador le proporciono una notificación escrito de la MPN que describa cómo acceder a tratamiento si (A) el empleado está autorizado por el empleador para trabajar temporalmente o viajar por trabajo fuera del área de servicio geográfica del MPN, (B) un ex empleado cuyo empleador tiene trabajadores en curso las obligaciones de compensación reside permanentemente fuera del área de servicio geográfica del MPN, y (C) un empleado lesionado decide residir temporalmente fuera del área de servicio geográfica MPN durante la recuperación?	Si	No	22
23	¿Su empleador le proporciono una notificación escrito del MPN que describa cómo elegir un médico dentro de la MPN?	Si	No	23
24	¿Su empleador le proporciono una notificación escrito del MPN que describa qué hacer si un empleado cubierto tiene problemas para conseguir una cita con un proveedor dentro del MPN?	Si	No	24
25	¿Su empleador le proporciono una notificación de la MPN por escrito que describa cómo cambiar un médico dentro de la MPN?	Si	No	25
26	¿Su empleador le proporciono una notificación escrito del MPN que describa cómo obtener una remisión a un especialista dentro del MPN o fuera de la MPN, si es necesario?	Si	No	26
27	¿Su empleador proporciono la notificación escrito del MPN que describe cómo utilizar el segundo y tercer proceso de opinión?	Si	No	27
28	¿Su empleador le proporciono una notificación escrito del MPN que describa cómo solicitar y recibir un examen médico independiente?	Si	No	28
29	¿Su empleador le proporciono una notificación escrito del MPN con una descripción de las normas para la transmisión de la política de atención y una notificación de que se proporcionará una copia de la póliza a un empleado que lo solicite?	Si	No	29
30	¿Su empleador le proporciono una notificación escrito del MPN con una descripción de las normas para la continuidad de la política de atención y una notificación de que se proporcionará una copia de la póliza a un empleado que lo solicite?	Si	No	30

Paciente / Cliente

Firma

Fecha

The ERQ questionnaire was filled out by the patient above. Please provide the ERQ analysis and a written Memo.

Physician Name

Date

Or

Signature on File

Physician Signature

Please provide information on where to send the ERQ Outcome Memo :

Facility name _____

Fax number _____ Email address _____

Please fax this form to 866-437-1413