



**Red de Compensación de Trabajadores  
Formulario de Reconocimiento**

He recibido la Notificación de los Requisitos para utilizar la Red la cual me informa cómo obtener los servicios médicos bajo el seguro de compensación de trabajadores.

Si me lesiono en el trabajo y vivo en el área de servicio descrita en esta información, entiendo que:

1. Debo escoger un médico tratante de la lista de médicos en **IMO Med-Select Network®**, o puedo solicitar a mi médico de cuidado primario en mi HMO que acepte ser mi médico tratante completando el Formulario de Selección del Médico de Cuidados Primarios de HMO # IMO MSN-5.
2. Debo ir a mi médico tratante de la red para todo servicio médico relacionado con mi lesión. Si necesito a un especialista, mi médico tratante hará el referido. Si necesito una atención de emergencia, puedo ir a cualquier lugar.
3. La compañía de seguros pagará al médico tratante y a los otros proveedores de la red.
4. Es posible que me vea obligado a pagar la factura si recibo atención médica de alguien que no pertenezca a la red sin obtener autorización de la red.
5. Si recibo la Notificación de los Requisitos para Utilizar la Red y me rehúso a firmar el Formulario de Reconocimiento, permanezco obligado a utilizar la red.

Sírvase de completar la siguiente información antes de firmar y someter este Formulario de Reconocimiento:

**Nombre del Empleador:** \_\_\_\_\_

**Núm. de Identificación del Empleado:** \_\_\_\_\_ **Nombre de la Red:** IMO Med-Select Network®

**Fecha de Empleo:** \_\_\_\_\_ **Departamento:** \_\_\_\_\_

**Dirección de Domicilio:** \_\_\_\_\_  
**Dirección – No se admiten apartados de correo (P.O. Box) ni la Dirección del Trabajo**

Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
--------	--------	---------------	---------

\_\_\_\_\_  
**Firma del Empleado**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Apellidos en letra de imprenta**

\_\_\_\_\_  
**Número de Teléfono del Empleado**