

## EMPLOYEE ACKNOWLEDGEMENT FORM

Effective: \_\_\_\_\_

Check One:  Initial Employee Notice  
 Injury Notice -- Date of Injury \_\_\_\_\_

I have the information that tells me how to get health care under workers compensation insurance. If I am hurt on the job and I live in the service area described in this information, I know that:

- I must choose a treating doctor from the list of doctors who contracted with CorCare<sup>®</sup> or I may ask my HMO primary care physician to agree to serve as my treating doctor.
- If I want my HMO primary care physician to be my treating doctor, my HMO doctor must agree to serve as my treating doctor.  
My doctor is \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_
- I realize that, except for emergencies, I must get all health care, including referrals to specialists, from my CorCare treating doctor for my compensable work injury. If I need emergency care, I may go anywhere.
- The insurance carrier will pay the treating doctor and other network providers and will not bill me for a compensable injury.
- Except for emergencies, if I get health care that is not approved by CorCare<sup>®</sup>, from a doctor who is not with CorCare<sup>®</sup>, the insurance carrier may not pay for that care. I may have to pay for that care.

\_\_\_\_\_  
Employee's Signature Date

\_\_\_\_\_  
Employee's Printed Name

\_\_\_\_\_  
Employee's Address (Where I live)

\_\_\_\_\_  
City State Zip

\_\_\_\_\_  
Employers Name

**CorVel Corporation/CorCare<sup>®</sup>**  
\_\_\_\_\_  
Network's Name -- Return form to employer, carrier or third party administrator.

## RECIBO DE INFORMACIÓN SOBRE LA RED DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR

Efectivo/Effective: \_\_\_\_\_

Marque Uno/Check One:

Nota inicial del Empleado/Initial Employee Notice

Nota de herida/ Injury Notice --la Fecha de la Herida/Date of Injury\_\_\_\_\_

He recibido información sobre cómo obtener atención de salud bajo el seguro de compensación al trabajador. Si me lesionara en el empleo y vivo dentro del área de servicio descrita en este documento entiendo que:

- Tengo que escoger al doctor que me va a tratar de la lista de doctores en la red. O puedo preguntarle a mi médico principal del HMO si acepta tratarme.
- Si yo quiero que mi doctor del HMO sea mi médico principal, mi doctor del HMO tiene que estar de acuerdo. El nombre de mi doctor de HMO es \_\_\_\_\_ y su número de teléfono es \_\_\_\_\_.
- Me doy cuenta que, excepto en casos de emergencia, debo obtener toda la atención médica incluyendo referencias a especialistas, de mi médico CorCare®, incluyendo tratamiento para mi lesión de trabajo indemnizable. Si necesito atención de emergencias, puedo ir a cualquier sala de emergencias.
- La aseguradora pagará directamente al doctor y a los otros proveedores de la red que me dan tratamiento. Yo no recibiré cobros por tratamientos relacionados a mi lesión.
- Si recibo tratamientos que no son de emergencia, es posible que yo tenga que pagar las cuentas si voy a un doctor o proveedor que no está en la red y no tengo la aprobación de la red.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Mi domicilio: Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

\_\_\_\_\_  
Nombre del empleador

**CorVel Corporation/CorCare®**