



Yo, _____ , con la presente declaro que el _____
(Nombre completo) (Fecha)

Descripción de la lesión:

He informado el incidente anteriormente mencionado a mi supervisor y a OneSource Business Solutions. Me han ofrecido tratamiento médico, pero he decidido **no solicitar** atención médica en este momento. Entiendo que tendré que someterme a un examen de drogas y/o alcohol luego del accidente, dentro de las 8 horas de haber informado esta lesión. Entiendo que las leyes del estado permiten que un empleador solicite un examen de drogas dentro de las 8 horas de haber informado una lesión, y de no cumplir con este requisito es posible que no esté cubierto por la Ley de Indemnización Laboral por esta lesión.

Asimismo entiendo que si solicito atención médica para esta lesión en el futuro, será necesario que me contacte con OneSource Business Solutions. OneSource hará arreglos para un tratamiento realizado por un médico de mi elección, según las instrucciones publicadas en el panel rosa de médicos (WC-P3) ubicado en mi lugar de trabajo.

Estuve ausente menos de 4 horas de mi trabajo. (Escoja una opción) Sí No

Regresé a mi trabajo regular el: ____ / ____ / ____
Día Mes Año

Firma del Empleado

Aclaración

Fecha

Firma del Supervisor

Aclaración

Fecha