

**DWC FORM 9783 (March 1, 2007) PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN**

In the event you sustain an injury or illness related to your employment, you may be treated for such injury or illness by your personal medical doctor (M.D.) or doctor of osteopathic medicine (D.O.) if:

- your employer offers group health coverage;
- the doctor is your regular physician, who shall be either a physician who has limited his or her practice of medicine to general practice or who is a board-certified or board-eligible internist, pediatrician, obstetrician-gynecologist, or family practitioner, and has previously directed your medical treatment, and retains your medical records;
- your "personal physician" may be a medical group if it is a single corporation or partnership composed of licensed doctors of medicine or osteopathy, which operates an integrated multispecialty medical group providing comprehensive medical services predominantly for non-occupational illnesses and injuries;
- prior to the injury your doctor agrees to treat you for work injuries or illnesses;
- prior to the injury you provided your employer the following in writing: (1) notice that you want your personal doctor to treat you for a work-related injury or illness, and (2) your personal doctor's name and business address.

You may use this form to notify your employer if you wish to have your personal medical doctor or a doctor of osteopathic medicine treat you for a work-related injury or illness and the above requirements are met.

<b>EMPLOYEE</b>	
You (the employee) sign this section.	
<b>Employer</b>	_____
<b>Employee Name*</b>	_____
<b>SS#*</b>	_____
<b>(Alternate ID)</b>	_____
<b>Date of Hire</b>	_____
<b>Date of Birth</b>	_____
<b>Address</b>	_____
<b>City</b>	_____
<b>St, Zip</b>	_____
In the event of any on-the-job, work-related injury, I request that I be treated by my personal physician.	
<b>Signature</b>	X _____
<b>Date</b>	_____

<b>PHYSICIAN</b>	
We cannot process this form without the fields marked bold with an asterisk.	
<b>Please PRINT clearly.</b>	_____
<b>Physician First Name*</b>	_____
<b>Physician Last Name*</b>	_____
<b>Street Address*</b>	_____
of the physician's practice	_____
<b>City*</b>	_____
<b>St, Zip*</b>	_____
Telephone Number of the physician's practice	(____) _____ - _____
Group Name:	_____
CA License	_____
I agree to this Predesignation:	
<b>Physician Signature</b>	X _____
<b>Date of Acceptance</b>	_____

The physician is not required to sign this form, however, if the physician or designated employee of the physician does not sign, other documentation of the physician's agreement to be predesignated will be required pursuant to Title 8, California Code of Regulations, section 9780.1(a)(3).

**Completed forms should be returned to  
Human Resources**

**DWC FORMA 9783 (14 de Marzo, 2007) PREDESIGNACION DE DOCTOR PERSONAL**

En caso que usted tenga una lesión o enfermedad relacionada con su empleo, usted puede ser tratado por dicha lesión o enfermedad por su doctor personal (M.D.) o doctor en medicina de osteopatía (D.O.) en caso que:

- Su patrón ofrezca una cobertura de grupo de salud;
- el doctor es su medico regular, el cual sea ya un doctor quien ha limitado su practica a la medicina general o el cual es certificado por la mesa directiva o internista elegible con la mesa directiva, pediatra, obstétrico - ginecólogo, o de practica familiar, y ha sido su doctor previamente y tiene su expediente medico;
- su "doctor personal" puede ser un grupo medico si este es una corporación o asociación compuesta de doctores con licencia de medicina u osteopatía, el cual opera un grupo medico integrado de multiespecialidades proveyendo servicios medicos comprendidos predominantemente de enfermedades o lesiones que no son de caracter ocupacional;
- anteriormente a su lesión su doctor haya acordado tratarlo a usted por lesiones de trabajo o enfermedad;
- anteriormente a su lesión usted proveyó a su patrón lo siguiente por escrito: (1) notificación de que usted desea que su doctor personal lo trate por una lesión o enfermedad relacionada a su trabajo, y (2) el nombre y la dirección de su doctor personal.

Usted puede usar esta forma para notificar a su patrón si usted desea tener a su médico personal o un doctor de medicina en osteopatía para que le traten por una lesión o enfermedad relacionada con y las susodichas exigencias equivalgan

**EMPLEADO**  
El empleado debe firmar esta sección.

**Empleador:** \_\_\_\_\_  
**Nombre Del Empleado:\*** \_\_\_\_\_  
**SS#\*** \_\_\_\_\_  
**(Alternate ID)** \_\_\_\_\_  
**Fecha de alquiler:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_  
**Cuidad:** \_\_\_\_\_  
**Estado/Zona** \_\_\_\_\_  
En caso de sufrir accidente en el trabajo, pido ser atendido por mi medico familiar como se indica a continuación:  
**Firma**              X   \_\_\_\_\_  
**Fecha**            \_\_\_\_\_

**MÉDICO**  
No podemos procesar esta forma sin los campos marcamos en negrilla con un asterisco.

**Please PRINT clearly.** \_\_\_\_\_  
**Médico primer nombre\*** \_\_\_\_\_  
**Médico ultimo nombre\*** \_\_\_\_\_  
**Dirección de oficina\*** \_\_\_\_\_  
**Cuidad\*** \_\_\_\_\_  
**Estado/zona\*** \_\_\_\_\_  
Número De Teléfono    (    )    -    \_\_\_\_\_  
Nombre de grupo: \_\_\_\_\_  
Licencia de CA#            \_\_\_\_\_

I agree to this Predesignation:  
**Firma:**                      X   \_\_\_\_\_  
**Fecha de aceptación:** \_\_\_\_\_

No se requiere que el médico firme esta forma, sin embargo, si el médico o el empleado designando el médico no firman, otra documentación del acuerdo del médico para ser predesignado será requerida de acuerdo con el Título 8, Código de Regulaciones de California sección 9780.1 (a) (3).

**Llenada el formulario se deben volver a Departamento de Recursos Humanos**