

Devuelva el formulario con el primer informe de lesión a la oficina de WCI por fax, (214) 645-3504, o por correo electrónico a:

[WorkersCompensation@UTSouthwestern.edu](mailto:WorkersCompensation@UTSouthwestern.edu)



**Centro médico del sudoeste de UT  
Red de compensación al trabajador  
Recibo de Información**



He recibido la Notificación de los requisitos para utilizar la Red que me explica cómo obtener atención médica a través de la Red de compensación al trabajador.

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

1. Debo elegir un médico tratante de la lista de médicos pertenecientes a la **red de IMO Med-Select Network**. (Se puede encontrar una lista de médicos en [www.injurymanagement.com](http://www.injurymanagement.com)) O puedo pedir a mi médico de atención primaria en mi HMO que acepte ser mi médico tratante, para lo cual debo llenar el Formulario # OMI MSN-5, titulado Médico de atención primaria de HMO como médico tratante del seguro de compensación al trabajador.
2. Debo recurrir a mi médico tratante de la red para toda atención médica relacionada 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. El UT System pagará al médico tratante y demás proveedores de atención médica 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 requisitos para utilizar la red y si niego a firmar el Recibo de Información, *aún estoy obligado a utilizar la red.*

Complete la siguiente información antes de firmar y enviar este formulario de reconocimiento completo. La Organización de Manejo de Lesiones puede comunicarse con usted por teléfono, correo electrónico y/o mensaje de texto para brindarle información y/o analizar su lesión laboral.

**Nombre de la compañía:** The University of Texas System c/o CCMSI

**Nombre de la red:** IMO Med-Select Network **Fecha de la lesión:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_  
**Calle – No se admiten apartados de correo ni la dirección del trabajo**

\_\_\_\_\_  
**Ciudad                      Estado                      Código postal                      Condado**

\_\_\_\_\_  
**Firma del empleado                      Número de teléfono del empleado**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y apellidos en letra de molde                      Fecha                      Correo electrónico**