

Employee Declination of Medical Treatment

Date:		Date of Injury:	
Employee Name:		Time of Injury:	
Department:		Supervisor Name:	

Circle and comment on the injured body part in the diagram below



PAIN LEVEL: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 (Circle the number that best describes your current pain level)

Comments:

On _____, and incident occurred at _____ in which I sustained a minor injury. I spoke with my Supervisor _____, who asked if I would like to see a physician for my injury. At this time, I advised that I am in good health, feeling fine, and declined medical treatment.

If in the future I feel pain, or would like to seek medical attention for the injury above, I will contact my supervisor for direction.

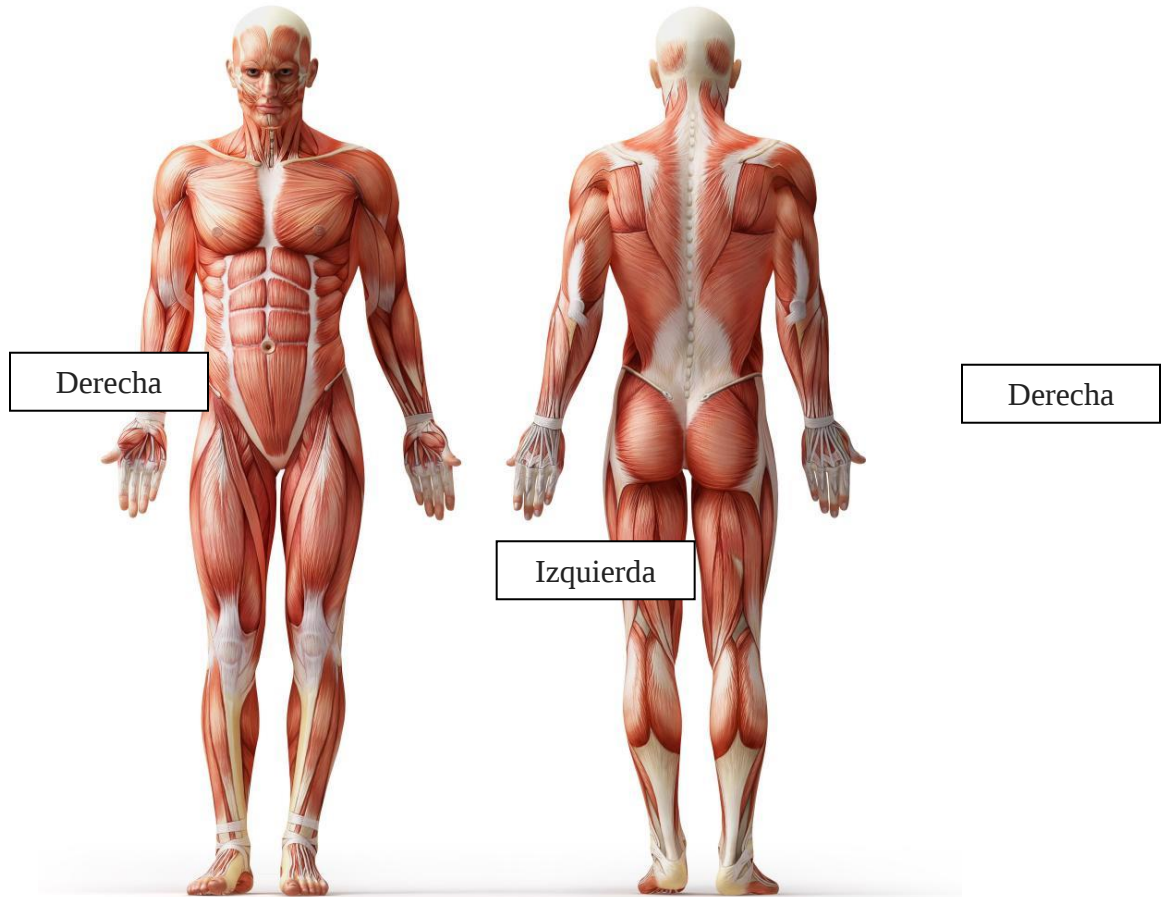
Signature of employee: _____ Date: _____

Signature of supervisor: _____ Date: _____

Employee Declination of Medical Treatment

Fecha:		Fecha de lesión:	
Nombre de empleado		Tiempo de lesión:	
Departamento:		Nombre de supervisor:	

Circulé las partes del cuerpo heridas en el diagrama abajo.



NIVEL DE DOLOR: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(Circulé el número que mejor describa su dolor actual)

Comentarios:

El día _____, un incidente ocurrió en _____ en el que sufrí una lesión menor. Hablé con mi supervisor/gerente _____, quien me preguntó si me gustaría ver a un médico por mi lesión. En este momento notifico que estoy bien de salud, me siento bien y declino tratamiento médico.

Si en el futuro siento dolor, o me gustaría buscar atención médica por la lesión mencionada anteriormente, me pondré en contacto con mi supervisor para recibir instrucciones en cómo proceder.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Firma del supervisor/gerente: _____ Fecha: _____