

AGREEMENT

I, _____ have reported a job related injury on _____. I am refusing medical treatment at this time. I understand that if I do not follow the procedures as reflected in my employment agreement, my injury may not be covered by Workers' Compensation. I understand that state law allows an employer to require a drug screen within twenty-four hours of an injury report, and by not complying with that law; I may not be covered by Workers' Compensation for this injury.

Understood and agreed on _____, by _____.
Date Signature

Date of injury _____

Social Security Number _____

EL ACUERDO

Yo e report ado una lesión relacionada con mi trabajo en_____
_____. Estoy rechazando el tratamiento médico en este tiempo. Entiendo
que si yo no sigo los procedimientos según lo reflejado en mi acuerdo del
empleo, mi lesión puedo no ser cubierto por Worker's Compensation. Yo
entiendo que la ley permite que un patrón requiera una pantalla de droga
en el plazo de 24 horas de un informe de lesión, y no conformándose con
esa ley, yo no se puede cubrir por Worker's Compensation por esta
lesión.

Entendido y convenido en _____, Por: _____

Fecha

Firma

SS# _____

Día de accidente _____