

**RENUNCIA VOLUNTARIA AL TRATAMIENTO MEDICO**

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_

Por la presente reconozco que he sufrido un accidente laboral, por cual no requiero ninguna atención a cargo de un profesional médico externo. De acuerdo a la Ley de Florida, mi empleador me ha ofrecido tratamiento medico por este accidente y yo he elegido voluntariamente no obtener tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Nombre del supervisor

\_\_\_\_\_  
Firma del supervisor