

10/07/22

FORM C-42

TENNESSEE
BUREAU OF WORKERS' COMPENSATION



**EMPLOYEE'S
CHOICE OF PHYSICIAN**
Medical Panel

Employer

- List at least three physicians and provide this panel to employee upon the report of a workplace injury.
- Keep the completed original form on file and send a copy to the employee for their records.
 - Do *not* send this form to the State unless requested.

Employee

- Fill out the bottom portion of this form to indicate which physician you choose.
 - If you refuse to accept medical services from the chosen physician, your rights may be delayed.
 - Traveling more than 15 miles (one way) to (or from) medical treatment? Employees may seek reimbursement of their travel expenses from the insurance carrier.
- Send completed form back to your employer.

TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYER :

Employee Name: _____ Date Panel Provided: _____

Employer: FOX SYSTEMS Date of injury: _____

Employer Contact: _____ Phone: _____ Email: _____

Concentra Medical Center
Orthopedic Surgery
315 14th Avenue North
Nashville, TN 37203
615-321-5698
Medical Director: John D. Shields

CareNow
Urgent Care Clinic
210 Franklin Rd Ste 4
Brentwood, TN 37027
615-964-6160
Medical Director: Curtis Franke

Petway, Zandra Renee
Dr. Zandra Petway
Occupational Medicine
5341 Virginia Way
Brentwood, TN 37027
615-247-0024

TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYEE:

I have selected the following physician from the list provided to me by my employer:

Physician Name: _____ Appt Date/Time: _____

I select In-person treatment or Treatment by Telehealth Were you offered in-person treatment? Yes No

Employee Signature: _____
LB-0382(REV 10/21)

Date: _____
RDA 10183

10/07/22

FORMULARIO C-42

AGENCIA DE INDEMNIZACIÓN LABORAL DE
TENNESSEE



ELECCION DE MEDICO
DEL EMPLEADO

Panel Médico

Empleador

- Indique al menos tres médicos y proporcione este panel al empleado siempre que haya informe de una lesión laboral.
- Mantenga el formulario original completado en sus archivos y envíe una copia al empleado para su constancia.
 - No envíe este formulario al Estado, a menos que se lo solicite.

Empleado

- Llene la parte inferior de este formulario para indicar el médico de su elección.
 - Si se niega a aceptar los servicios médicos del doctor elegido, eso podría conllevar a retrasos en sus derechos a beneficios.
 - ¿Tiene que viajar más de 15 millas (ida o vuelta) a (o desde) el tratamiento médico? Los empleados pueden solicitar reembolso de sus gastos de viaje de la aseguradora.
- Envíe el formulario completado a su empleador.

A SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR :

Nombre de empleado: _____ Fecha en que se proporcionó el panel: _____
Empleador: FOX SYSTEMS Fecha de la lesión: _____
Contacto del empleador: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Concentra Medical Center <i>Orthopedic Surgery</i> 315 14th Avenue North Nashville, TN 37203 615-321-5698 <i>Medical Director: John D. Shields</i>	CareNow <i>Urgent Care Clinic</i> 210 Franklin Rd Ste 4 Brentwood, TN 37027 615-964-6160 <i>Medical Director: Curtis Franke</i>	Petway, Zandra Renee Dr. Zandra Petway <i>Occupational Medicine</i> 5341 Virginia Way Brentwood, TN 37027 615-247-0024
--	---	--

A SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO:

He seleccionado el siguiente médico de la lista que me proporcionó mi empleador:

Nombre del médico: _____ Fecha/Hora de la cita: _____
Yo selecciono: Tratamiento en persona o tratamiento por Telesalud
¿Se le ofreció tratamiento en persona? Sí No
Firma del empleado: _____ Fecha: _____
LB-0382(REV 10/21) RDA 10183