



Workers' Compensation Division

Invasive Medical Procedure Authorization

Autorización para Procedimiento Médico Invasivo

Worker's name: _____

Date of injury: _____

Insurer's name: _____

Insurer's claim number: _____

Independent medical examination (IME) physician: complete this section **_____**

An invasive procedure is any procedure in which the body is entered by a needle, tube, scope, or scalpel.

(Un procedimiento invasivo es un procedimiento en el cual se usa agujas, tubos, microscopios o escalpelos para penetrar el cuerpo.)

Proposed invasive procedure (Procedimiento invasivo propuesto):

IME physician's name: _____ Examination date: _____

Address:

Phone: _____

IME physician's signature

Date

Worker: complete this section (Trabajador: complete esta sección) **_____**

- YES.** I consent to the proposed invasive procedure described above.
(**SÍ**, estoy de acuerdo con el procedimiento invasivo propuesto descrito previamente.)
- NO.** I decline the proposed invasive procedure described above. I understand that my workers' compensation benefits **cannot** be suspended if I say **no**.
(**NO**, no estoy de acuerdo con el procedimiento invasivo propuesto descrito previamente. Tengo entendido que mis beneficios de compensación para trabajadores **no podrán** ser suspendidos si digo que **no**.)

Worker's signature (firma del trabajador)

Date (fecha)

Physician: Make copies of this form for the worker and your records; send the original to the insurer.