



P.O. Box 118577
 Carrollton, TX 75011
 Customer Care: 877-870-0638
 Fax: 214-217-5937

Empleador por favor llene lo siguiente:

de reclamo de DWC
de reclamo de la aseguradora

IMO Med-Select Network®

Solicitud Para Mi Médico Tratante Inicial O Alternativo

Solo el trabajador lesionado puede utilizar esta forma para solicitar use médico tratante.

TRABAJADOR LESIONADO

Nombre del empleado (apellido, nombre, inicial)	No. social
Domicilio (ciudad, estado, código postal)	
No. de Teléfono	Fecha del Accidente (mm/dd/yyyy)

INFORMACION DEL EMPLEADOR

Nombre del Empleador	No. de Teléfono
Domicilio (ciudad, estado, código Postal)	

INFORMACION SOBRE LA COMPANIA DE SEGUROS

Nombre de la compania de seguros
Nombre del ajustador y No. de Teléfono

SOLICITUD PARA MI MEDICO TRATANTE Inicial Alternativo

Nombre del médico (apellido, nombre, inicial) y titulo	
Nombre del negocio o empresa	
Domicilio (ciudad, estado, código postal)	
No. de Teléfono	
No. de Teléfono	
Firma del empleado	Fecha

Network office use only

Authorized IMO Employee Signature	Date
Title	Phone Number