|  |  |
| --- | --- |
| http://inside.cbs.state.or.us/docs/branding/logos/wcd/en/JPEG/WCD-logo-black.jpg  | **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 one that breaks the skin or penetrates, pierces, or enters the body using a surgical or exploratory procedure (e.g., by a needle, tube, scope, or scalpel). [Un procedimiento invasivo es aquel que penetra la piel o el cuerpo usando un procedimiento quirúrgico o de exploración (por ejemplo una aguja, tubo, o escalpelo).]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.** |
| 440-3227 (6/25/DCBS/WCD/WEB | **3227** |