

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.