

Attached is a panel of Physicians for this address

Aviation Consulting Experts Inc
157 Industrial Park Rd
Piney Flats, TN 37686

Date created: 02/28/2022



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: _____
 Date of injury: _____
 Employer: Aviation Consulting Experts Inc
 Employer Contact: _____ Phone: _____ Email: _____

Derden, Paul J., MD
Family Practice
 6070 Highway 11 E
 Piney Flats, TN 37686
 423-538-5202
Est Dist: 1.8 mi

Hopland, Arnold O., MD
 Medical Care, PLLC
 Medical Care
Family Practice
General Practice
 1500 W Elk Ave Ste 101
 Elizabethton, TN 37643
 423-543-2584
Est Dist: 6.9 mi

Vines, Gregory F., MD
 Ballad Health Medical Associates Urgent Care
Family Practice
 1497 W Elk Ave Ste 11
 Elizabethton, TN 37643
 423-542-8929
Est Dist: 6.9 mi

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: _____ Date: _____



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: Aviation Consulting Experts Inc Fecha de la lesión:
Contacto del empleador: Teléfono: Correo electrónico:

Derden, Paul J., MD
Family Practice
6070 Highway 11 E
Piney Flats, TN 37686
423-538-5202
Est Dist: 1.8 mi

Hopland, Arnold O., MD
Medical Care, PLLC
Medical Care
Family Practice
General Practice
1500 W Elk Ave Ste 101
Elizabethton, TN 37643
423-543-2584
Est Dist: 6.9 mi

Vines, Gregory F., MD
Ballad Health Medical Associates Urgent Care
Family Practice
1497 W Elk Ave Ste 11
Elizabethton, TN 37643
423-542-8929
Est Dist: 6.9 mi

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: