

Una guía para trabajadores lesionados recientemente en el trabajo

¿Cómo presento un reclamo?

- Notifique a su empleador acerca de su lesión o enfermedad en el trabajo lo más pronto posible.
- Pida a su empleador que le dé la **Forma 801, "Reporte de Lesión o Enfermedad en el Trabajo"** y llénela.
- Pregunte a su empleador el nombre de su compañía de seguro de compensación para trabajadores.
- Busque atención médica de un proveedor médico (health care provider) **de su elección** y dígale a su proveedor que se lesionó en el trabajo. Su empleador no puede elegir el proveedor médico por usted.
- Su doctor le pedirá que llene la **Forma 827, "Reporte del Trabajador y Médico para Reclamación de Compensación para Trabajadores."**

¿Cómo obtengo tratamiento médico?

- Usted puede recibir tratamiento médico de un proveedor médico **de su elección**, incluyendo:
 - Enfermeras(os) practicantes autorizadas(os)
 - Quiroprácticos
 - Médicos
 - Naturistas
 - Cirujanos Orales
 - Médicos Osteopáticos
 - Asistentes de doctor
 - Podólogos
 - Otros proveedores médicos
- La compañía de seguros puede inscribirlo en una organización de manejo del cuidado médico (MCO) en cualquier momento. Si la compañía lo hace, usted recibirá más información acerca de las opciones para tratamiento médico.

Si no puedo trabajar, ¿recibiré pagos por salario perdido?

- Es posible que no pueda trabajar debido a su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Para que usted pueda recibir pago por tiempo fuera del trabajo, su proveedor médico debe enviar una autorización escrita a la aseguradora.
- Generalmente, los tres primeros días calendarios, usted no recibirá pagos por tiempo perdido.
- Es posible que reciba pago por los tres primeros días calendarios, si usted no puede trabajar por 14 días consecutivos, o pasa una noche en el hospital.
- Si su reclamación es negada dentro de los primeros 14 días, no se le pagará por ningún salario perdido.
- Mantenga informado a su empleador acerca del estado de la reclamación y coopere con los esfuerzos que se hagan para que regrese a trabajar en un trabajo modificado o liviano.

¿A quién puedo llamar si tengo preguntas acerca de mi reclamación?

- La compañía de seguros o su empleador puede responder a sus preguntas.
- También puede llamar a los siguientes números:

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: Representate para trabajadores lesionados

Número gratuito: 1-800-927-1271

Email: oiw.questions@state.or.us

Línea de información de compensación para trabajadores:

Consultores de Beneficios

Número gratuito: 1-800-452-0288

Email: workcomp.questions@state.or.us

- **Los proveedores de cuidado médico pueden tener limitaciones en cuanto a la duración de su tratamiento y en cuanto a poder autorizar pago por tiempo fuera del trabajo. Pregunte a su proveedor médico cuales son las limitaciones que puedan aplicarse.**
- **Si su reclamación es negada, es posible que usted tenga que pagar por su tratamiento médico.**

For SAIF Customer Use

Area _____
 Dept. _____
 Shift _____ **CC** _____

CLAIM NO. _____
 SUBJECT DATE _____
 CLASS _____
 DEFAULT DATE _____
 EMPLOYER'S ACCOUNT NO. _____

Toll Free Phone: 1-800-285-8525
 Toll Free FAX: 1-800-475-7785

Informe de la lesión o enfermedad ocupacional

Reclamación de indemnización del trabajador

Trabajador

Para presentar una reclamación para una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, complete la sección del trabajador de este formulario y entréguelo a su empleador. **Si no pretende presentar una reclamación de indemnización del trabajador a SAIF Corporation, no coloque su firma en la línea de firma.** Su empleador le entregará una copia.

1. Fecha de la lesión o enfermedad: Date of injury or illness:		2. Fecha en que salió del trabajo: Date you left work:		3. Turno en el día de la lesión: Shift on day of injury: (de) <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. (a) <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		4. Días sin trabajar periódicamente programados: Regularly scheduled days off: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L M M J V S D		USO DEL DEPARTAMENTO:	
5. Hora de la lesión o enfermedad: Time of injury or illness: <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		6. Fecha en que salió del trabajo: Time you left work: <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		7. Marque aquí si usted tiene empleo con más de un empleador: Check here if you are employed by more than one employer: <input type="checkbox"/>				Emp Ins	
8. ¿Cuál es su enfermedad o lesión? ¿Qué parte de su cuerpo? ¿Qué lado? What is your illness or injury? What part of the body? Which side? (Ejemplo: pie derecho torcido) (Example: sprained right foot)				<input type="checkbox"/> Izquierdo - Left <input type="checkbox"/> Derecho - Right		9. Preferencia del trabajador de un idioma distinto al inglés: Worker's language preference other than English: <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique):		Occ Nat Part Ev Src 2src	
10. ¿Qué lo causó? ¿Qué estaba usted haciendo? Incluya el vehículo, maquinaria o herramienta utilizada. (Ejemplo: caí desde 10 pies de altura cuando subía una extensión de escalera cargando una caja de 40 libras de materiales para el techado). What caused it? What were you doing? Include vehicle, machinery, or tool used. (Example: fell ten feet when climbing an extension ladder carrying a 40-lb. box of roofing materials).									
11. Nombre de los testigos: Name of witnesses:					12. ¿Se ha lesionado anteriormente esta parte del cuerpo? Have you previously injured this body part? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
13. Su nombre legal: Your legal name:				14. Fecha de nacimiento: Birthdate:		15. Sexo: Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
16. Su dirección postal: Your mailing address:						17. Teléfono de casa: Home phone:			
18. N° de seguro social (Vea #25 debajo): SSN (See #25 below):			19. Ocupación: Occupation:			20. Teléfono de trabajo: Work phone:			
21. Nombre del médico o profesional de atención médica: Name of physician or health-care professional:					22. Si se proporcionó el tratamiento médico fuera del lugar de trabajo, escriba el nombre y dirección de la instalación: If medical treatment was given away from the worksite, print name and address of facility:				
23. ¿Fue internado toda la noche en un hospital? Were you hospitalized overnight as an inpatient? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
24. ¿Fue tratado en la sala de emergencia? Were you treated in the emergency room? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
25. Con mi firma debajo, notifico sobre una reclamación de beneficios de indemnización del trabajador. La Información anterior es cierta a mi leal saber y entender. Autorizo a los proveedores de atención médica la divulgación de los registros médicos relevantes al asegurador de la indemnización del trabajador, empleador con seguro propio, administrador de reclamaciones y al Departamento de Servicios Comerciales y del Consumidor de Oregon. Notificación: Los registros médicos relevantes incluyen los registros de tratamientos anteriores para las mismas afecciones o para las lesiones de la misma área del cuerpo. No se necesita una autorización de HIPAA (45 CFR 164.512(I)). La divulgación de los registros de VIH/SIDA, ciertos registros de tratamiento de drogas y alcohol y otros registros protegidos por las leyes federales y estatales que exigen la autorización aparte.									
26. Firma del trabajador: Worker signature:			27. Completado por (por favor en letra imprenta): Completed by (please print):				28. Fecha: Date:		
<p>Employer: Provide information below, sign form, and give the worker a copy immediately. Send a copy to the insurer, along with Employer's report Form 801 (English) or other injury/illness report, within 5 days of Notice of Claim. Retain a copy for your records.</p>									
Employer's legal name:					Name, title, and phone number of signer: X <i>Signature of employer representative</i> <i>Today's date</i>				
Employer's FEIN:									
Date employer first knew of claim:									

Empleador

Complete el resto de este formulario y entregue una copia del formulario al trabajador. Notifique a SAIF Corporation dentro del periodo de cinco días después de enterarse de la reclamación. Incluso si el trabajador no desea presentar una reclamación, conserve una copia de este formulario.

29. Nombre Jurídico del empleador: Employer legal business name:		30. Teléfono: Phone:		31. FEIN: FEIN:	
32. Si es una compañía que arrienda trabajadores, coloque el nombre comercial del cliente: If worker leasing company, list client business name:				33. FEIN del cliente: Client FEIN:	
				35. N° de póliza de seguro: Insurance policy no.:	
34. Dirección del lugar principal de negocio (no casilla postal): Address of principal place of business (not P.O. box):				37. Naturaleza del negocio en el que se supervisa/supervisó al trabajador: Nature of business in which worker is/was supervised:	
36. Dirección del lugar donde se supervisa/supervisó al trabajador: Street address from which worker is/was supervised:			Código postal: ZIP:		
38. Dirección concalle, ciudad y estado en donde ocurrió el suceso: Street address, city, and state where event occurred:					
39. ¿La lesión fue ocasionada por una máquina o producto, o por una persona distinta al trabajador lesionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Was injury caused by failure of a machine or product, or by a person other than the injured worker?				40. Código de clase: Class code:	
41. ¿Se lesionaron otros trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Were other workers injured?		42. ¿La lesión ocurrió durante el transcurso y alcance del trabajo? <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Did injury occur during course and scope of job? Unknown		43. N° expediente de OSHA 300: OSHA 300 log case #:	
44. Fecha en que el empleador se enteró de la reclamación: Date employer knew of claim:		45. Salario semanal del trabajador: Worker's weekly wage: \$		46. Fecha en que se contrató al trabajador: Date worker hired:	
47. Si ocurrió una fatalidad, fecha de la muerte: If fatal, date of death:				48. Concición de vuelta al trabajo: <input type="checkbox"/> No volvió <input type="checkbox"/> Regular Fecha: <input type="checkbox"/> Modificado Fecha: Return-to-work status: Not returned Regular Date: Modified Date:	
49. Si volvió a un trabajo modificado, ¿es a horas periódicas y salario normal? If returned to modified work, is it at regular hours and wages? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				50. Firma del empleador: Employer signature:	
51. Nombre, título y teléfono (por favor en letra imprenta): Name, title, and phone (please print):				52. Fecha: Date:	

Requisitos de OSHA: Se debe informar sobre las fatalidades y catástrofes ocurridas en el trabajo a OR-OSHA dentro del periodo de ocho horas. Informe a OR-OSHA sobre todo accidente que resulte en una hospitalización durante la noche dentro del periodo de 24 horas. Llame al (800) 922-2689, (503) 378-3272, o a Respuesta a Emergencias de Oregon al (800) 452-0311, en las noches y fines de semana.

OSHA requirements: On the job fatalities and catastrophes must be reported to OR-OSHA within eight hours. Report any accident that results in overnight hospitalization within 24 hours to OR-OSHA. Call (800) 922-2689, (503) 378-3272, or Oregon Emergency Response (800) 452-0311, on nights and weekends.