



400 High St. SE
Salem, OR 97312

Para uso del cliente de SAIF

Área _____

Dept. _____

Turno _____ CC _____

N° DE RECLAMACIÓN _____

FECHA DEL ASUNTO _____

CLASE _____

FECHA ESTABLECIDA _____

N° DE CUENTA DEL EMPLEADOR _____

Email: saif801@saif.com

Número gratuito: 1.800.285.8525

Número gratuito de fax: 1.800.475.7785

Reporte de lesión o enfermedad en el trabajo*

Reclamación (reclamo) de compensación para trabajadores

Trabajador

Para presentar un reclamo por una lesión o enfermedad ocupacional, complete la parte de este formulario que corresponde al trabajador y entrégueselo a su empleador. **Si no tiene previsto presentar una reclamación de compensación para trabajadores a SAIF, no firme en la línea de la firma.** Su empleador le entregará una copia.

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| 1. Fecha de la lesión o enfermedad: / / | 2. Fecha en que dejó de trabajar: / / | 3. Hora en que comenzó a trabajar el día de la lesión: <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. | 4. Días que regularmente no trabaja: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D | DEPT USE: Emp Ins Occ Nat Part Ev Src 2src |
| 5. Hora de la lesión o enfermedad: <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. | 6. Hora en que dejó de trabajar: <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. | 7. Turno que cumplía el día de la lesión: (desde <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. hasta <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.) | 9. Marque aquí si tiene más de un empleo: <input type="checkbox"/> | |
| 8. ¿Cuál es su enfermedad o lesión? ¿Qué parte del cuerpo? ¿Qué lado? (Ejemplo: esguince del pie derecho) <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha | | | | |
| 10. ¿Cuál fue la causa? ¿Qué estaba haciendo? Incluya vehículo, maquinaria o herramienta utilizados. (Ejemplo: caí desde 10 pies al subir por una escalera de extensión llevando una caja de 40 libras con materiales para techar) | | | | |
| Información ARRIBA de esta línea: la fecha de muerte, en caso de que haya habido muerte; y el número de expediente de OSHA deben proporcionarse a un representante autorizado del trabajador si lo solicita. | | | | |
| 11. Su nombre legal: | 12. Idioma de preferencia del trabajador que no sea inglés: <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especificar): | | 13. Fecha de nacimiento: / / | 14. Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| 15. Domicilio: | Ciudad: | Estado: | Código postal: | 16. Teléfono móvil o de domicilio: |
| 17. Ocupación: | | | | 18. Teléfono del trabajo: |
| 19. Nombres de testigos: | 20. Dirección de correo electrónico: | | | |
| 21. Nombre y número de teléfono de la compañía de seguro de salud: | 22. Nombre y domicilio del proveedor de atención de la salud que atendió la lesión o enfermedad que usted está informando: | | | |
| 23. ¿Se lesionó esta parte del cuerpo anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| 24. ¿Fue hospitalizado con estadía nocturna como paciente interno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| 25. ¿Recibió tratamiento en la sala de emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| 26. Con mi firma , realizo una reclamación de beneficios de compensación para trabajadores. La información antes citada es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo a los proveedores de atención médica y otros custodios de registros de reclamación a divulgar los registros médicos pertinentes a la aseguradora de compensación para trabajadores, empleador auto-asegurado, administrador de reclamaciones y Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios de Oregon. Aviso: Los registros médicos pertinentes incluyen los registros de tratamiento anterior por las mismas condiciones o lesiones en la misma área del cuerpo. No se requiere autorización de la HIPAA (45 CFR 164.512(I)). La divulgación de registros de VIH/SIDA, determinados registros de tratamientos de drogas y alcohol y otros registros protegidos por las leyes estatales y federales requieren autorización por separado. Yo entiendo que tengo el derecho de ver un proveedor para el cuidado de salud de mi elección sujeto a ciertas restricciones bajo ORS 656.260 y 656.325. | | | | |
| 27. Firma del trabajador: | 28. Completado por (escribir con letra de molde): | 29. Fecha: / / | | |

Empleador al momento de la lesión

Llene el resto de este formulario y dé una copia del formulario al trabajador. Si el trabajador no está disponible, ponga la información que tenga a mano. Avise a SAIF dentro de un plazo de cinco días después de saber del reclamo. Aun si el trabajador no quiere presentar un reclamo, guarde una copia de este formulario.

| | | |
|---|---|--|
| 30. Nombre comercial legal del empleador: | 31. Teléfono: | 32. FEIN: |
| 33. Si es una compañía de recursos humanos, indicar el nombre comercial del cliente: | 34. FEIN del cliente: | |
| 35. Domicilio comercial principal (no P.O. Box): | 36. N° de póliza de seguro: | |
| 37. Dirección donde el trabajador es/era supervisado: | Código postal: | 38. Tipo de negocio en donde el trabajador es/era supervisado: |
| 39. Domicilio donde ocurrió el hecho: | | |
| 40. ¿La lesión fue causada por una falla de una máquina o producto o por otra persona que no es el trabajador lesionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 41. Código de clase: | |
| 42. ¿Se lesionaron otros trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 43. ¿La lesión ocurrió durante el transcurso y alcance del trabajo? <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 44. N° de expediente de OSHA 300: |
| 45. Fecha en que el empleador se enteró de la reclamación: | 46. Salario semanal del trabajador: \$ | 47. Fecha de contratación del trabajador: |
| 49. Condición de regreso al trabajo: No regresó <input type="checkbox"/> Fecha regular / / <input type="checkbox"/> Fecha de modificación / / <input type="checkbox"/> | | 48. Si fue fatal, fecha de la muerte: Si regresó a trabajo modificado, ¿es dentro del horario y salario regulares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| By my signature, I acknowledge I am responsible for notifying my workers' compensation insurance company within five days of knowledge of the claim. Mi firma admite que tengo la responsabilidad de informar a la compañía de seguro de compensación para trabajadores dentro del plazo de cinco días de saber del reclamo. | | |
| 50. Firma del empleador: | 51. Nombre y título (escribir con letra de molde): | 52. Fecha: / / |

801S

Formulario 801 12.20

OSHA requirements: Employers must report work-related fatalities and catastrophes to Oregon OSHA either in person or by telephone within eight hours. In addition, employers must report any in-patient hospitalization, loss of an eye, and any amputation or avulsion that results in bone or cartilage loss to Oregon OSHA within 24 hours. See OAR 437-001-0704. Call 800.922.2689 (toll-free), 503.378.3272, or Oregon Emergency Response, 800.452.0311 (toll-free), on nights and weekends. *Este formulario fue actualizado por SAIF Corporation y su uso ha sido aprobado por la División de Compensación para Trabajadores de Oregon.

Guía para trabajadores lesionados recientemente en el trabajo *

SAIF proporciona la siguiente información a solicitud de la División de Compensación para Trabajadores

saif

400 High St SE
Salem, OR 97312

¿Cómo presento una reclamación (reclamo)?

- Notifique lo antes posible a su empleador y al proveedor de servicios médicos **de su elección**, acerca de la lesión o enfermedad relacionada con el empleo. Su empleador no puede elegir a su proveedor de servicios médicos.
- Solicite a su empleador el nombre de su compañía aseguradora de compensación para trabajadores.
- Complete el **Formulario 801, “Reporte de lesión o enfermedad en el trabajo,”** disponible a través de su empleador y el **Formulario 827, “Reporte del trabajador y del médico para reclamaciones de compensación de trabajadores,”** disponible a través de su proveedor de servicios médicos.

¿Cómo recibo tratamiento médico?

- Puede recibir tratamiento médico a través del proveedor de atención de la salud **de su elección**, incluyendo:
 - Enfermeros profesionales autorizados
 - Doctores quiroprácticos
 - Doctores en medicina
 - Doctores naturópatas
 - Cirujanos orales
 - Doctores osteópatas
 - Auxiliares médicos
 - Doctores podiatras
 - Otros proveedores de servicios médicos
- La compañía aseguradora puede inscribirlo en una organización para administración del cuidado médico en cualquier momento. De hacerlo, usted recibirá información acerca de sus opciones de tratamiento médico.

¿Existen limitaciones para mi tratamiento médico?

- **Los proveedores de servicios médicos pueden limitar la duración del tratamiento y la autorización de pago durante el tiempo que se ausente del trabajo.** Consulte con su proveedor de servicios médicos acerca de cualquier limitación que pudiera aplicarse.
- **Si su reclamación se deniega, es posible que tenga que pagar por su tratamiento médico.**

Si no puedo trabajar, ¿recibiré pagos por los salarios perdidos?

- Es posible que no pueda trabajar debido a su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Para recibir pagos por el tiempo de ausencia al trabajo, su proveedor de servicios médicos debe enviar una autorización por escrito a la compañía aseguradora.
- Por lo general, no se le pagarán los tres primeros días calendario de ausencia al trabajo.
- Es posible que le paguen los salarios perdidos los tres primeros días calendario si se ausenta del trabajo por 14 días consecutivos o si es hospitalizado con estadía nocturna.
- Si se deniega su reclamación dentro de los 14 primeros días, no se le pagarán los salarios perdidos.
- Mantenga a su empleador informado acerca de lo que suceda y coopere esforzándose por regresar al trabajo realizando tareas modificadas o trabajo liviano.

¿Qué sucede si tengo preguntas sobre mi reclamación?

- SAIF o su empleador deberían poder responder sus preguntas. Llame a SAIF al 800.285.8525.
- Si tiene preguntas, inquietudes o quejas, también puede llamar a cualquiera de los siguientes números:

Oficina del Ombuds para Trabajadores de Oregon: (un defensor para trabajadores lesionados)

Llamada sin cargo: 800.927.1271

Correo electrónico: oww.questions@dcbs.oregon.gov

Sección de resolución de compensación para trabajadores

Llamada sin cargo: 800.452.0288

Correo electrónico: workcomp.questions@dcbs.oregon.gov

¿Debo proporcionar mi número de Seguro Social (SSN) en los Formas 801 y 827? ¿Para qué se utilizará?

No es necesario que tenga un SSN para recibir beneficios de compensación para trabajadores. Si tiene un SSN, y no lo proporciona, la División de Compensación para Trabajadores (WCD) del Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios de Oregon lo obtendrá a través de su empleador, la aseguradora de compensación para trabajadores u otras fuentes. WCD puede utilizar su SSN para: evaluación de la calidad, correcta identificación y procesamiento de reclamaciones, cumplimiento, investigación, administración del programa para trabajadores lesionados, cruzar datos con otras agencias estatales para evaluar la efectividad del programa WCD, actividades de prevención de lesiones y para proporcionarlo a las agencias federales en el programa Medicare para utilizarlo según lo requieran las leyes federales. Las siguientes leyes autorizan a WCD a utilizar su SSN: Ley de Privacidad de 1974, 5 USC § 552a, Sección (7)(a)(2)(B); Estatutos Modificados de Oregon capítulo 656; y Reglamentos Administrativos de Oregon capítulo 436 (Orden Administrativa N°4-1967 de la Junta Directiva de Compensación para Trabajadores).