



400 High St. SE  
Salem, OR 97312

Para uso del cliente de SAIF  
For SAIF Customer Use

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  
(Report of Job Injury or Illness)(Workers' compensation claim)

### Trabajador (Worker)

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.** (To make a claim for a work-related injury or illness, fill out the worker portion of this form and give to your employer. **If you do not intend to file a workers' compensation claim with SAIF, do not sign the signature line.** Your employer will give you a copy.)

1. Fecha de la lesión o enfermedad (Date of injury or illness):	2. Fecha en que dejó de trabajar (Date you left work):	3. Hora en que comenzó a trabajar el día de la lesión (Time you began work on day of injury): <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	4. Días que regularmente no trabaja (Regularly scheduled days off): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M T W T F S S	<b>DEPT USE:</b>  Emp Ins Occ Nat Part Ev Src 2src
5. Hora de la lesión o enfermedad (Time of injury or illness): <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	6. Hora en que dejó de trabajar (Time you left work): <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	7. Turno que cumplía el día de la lesión (Shift on day of injury): (desde <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. (hasta <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		
8. ¿Cuál es su enfermedad o lesión? ¿Qué parte del cuerpo? ¿Qué lado? (Ejemplo: esguince del pie derecho) (What is your illness or injury? What part of the body? Which side? (Example: sprained right foot) <input type="checkbox"/> Izquierda (left) <input type="checkbox"/> Derecha (right)			9. Marque aquí si tiene más de un empleo (Check here if you have more than one job): <input type="checkbox"/>	
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) (What caused it? What were you doing? Include vehicle, machinery, or tool used.) (Example: Fell 10 feet when climbing an extension ladder carrying a 40-pound box of roofing materials)				

**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. (Information ABOVE this line: date of death, if death occurred; and Oregon OSHA case log number must be released to an authorized worker representative upon request.)**

11. Su nombre legal (Your legal name):	12. Idioma de preferencia del trabajador que no sea inglés (Worker's language preference other than English): <input type="checkbox"/> Español (Spanish) <input type="checkbox"/> Otro (especificar) (Other, specify):	13. Fecha de nacimiento (Birthdate):	14. Sexo (Gender): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
15. Domicilio (your mailing address):	Ciudad (City)	Estado (State)	Código postal (Zip)	16. Teléfono residencial (Home phone):
17. N° de Seguro Social (ver atrás*)(Social Security no.)(see back*):	18. Ocupación (Occupation):	19. Teléfono del trabajo (Work phone):		
20. Nombres de testigos (Names of witnesses):				
21. Nombre y número de teléfono de la compañía de seguro de salud (Name and phone number of health insurance company):		22. Nombre y domicilio del proveedor de atención de la salud que atendió la lesión o enfermedad que usted está informando (Name and address of health care provider who treated you for the injury or illness you are now reporting):		
23. ¿Se lesionó esta parte del cuerpo anteriormente? (Have you previously injured this body part?) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No				
24. ¿Fue hospitalizado con estadía nocturna como paciente interno? (Were you hospitalized overnight as an inpatient?) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No				
25. ¿Recibió tratamiento en la sala de emergencia? (Were you treated in the emergency room?) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No				
<p><b>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 de la salud 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. (By my signature, I am making a claim for worker's compensation benefits. The above information is true to the best of my knowledge and belief. I authorize health care providers and other custodians of claim records to release relevant medical records to the workers' compensation insurer, self-insured employer, claim administrator, and the Oregon Department of Consumer and Business Services. Notice: Relevant medical records include records of prior treatment for the same conditions or of injuries to the same area of the body. A HIPAA authorization is not required (45 CFR 164.512(I)). Release of HIV/AIDS records, certain drug and alcohol treatment records, and other records protected by state and federal law requires separate authorization. I understand I have a right to see a health care provider of my choice subject to certain restrictions under ORS 656.260 and ORS 656.325.)</b></p>				
27. Firma del trabajador (Worker signature):	28. Completado por (escribir con letra de molde) (Completed by (please print):		29. Fecha (Date):	

## Empleador (Employer)

Completar el resto de este formulario y entregar una copia del formulario al trabajador. Notificar a SAIF dentro de los cinco días de presentar la reclamación. Aún si el trabajador no desea presentar una reclamación, conservar una copia de este Formulario. (Complete the rest of this form and give a copy of the form to the worker. Notify SAIF within five days of knowledge of the claim. Even if the worker does not wish to file a claim, maintain a copy of this form.)

30. Nombre comercial legal del empleador (Employer legal business name):		31. Teléfono (Phone):	32. FEIN:
33. Si es una compañía de recursos humanos, indicar el nombre comercial del cliente (If worker leasing company, list client business name):			34. FEIN del cliente (Client FEIN):
35. Domicilio comercial principal (no P.O. Box) (Address of principal place of business (not P.O. Box)):		36. N° de póliza de seguro (Insurance policy no.):	
37. Dirección donde el trabajador es/era supervisado (Street address from which worker is/was supervised):		Código postal (ZIP):	
38. Tipo de negocio en donde el trabajador es/era supervisado (Nature of business in which worker is/was supervised):			
39. Domicilio donde ocurrió el hecho (Address where event occurred):			
40. ¿La lesión fue causada por una falla de una máquina o producto o por otra persona que no es el trabajador lesionado? (Was injury caused by failure of a machine or product, or by a person other than the injured worker?)			41. Código de clase (Class code):
<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No			
42. ¿Se lesionaron otros trabajadores? (Were other workers injured?)	43. ¿La lesión ocurrió durante el transcurso y alcance del trabajo? (Did injury occur during course and scope of job?)	44. N° de expediente de OSHA 300 (OSHA 300 log case no):	
<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se desconoce (Unknown) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No		
45. Fecha en que el empleador se enteró de la reclamación (Date employer knew of claim):	46. Salario semanal del trabajador (Worker's weekly wage): \$	47. Fecha de contratación del trabajador (Date worker hired):	48. Si fue fatal, fecha de la muerte (If fatal, date of death):
49. Condición de regreso al trabajo (Return-to-work status):			
<input type="checkbox"/> Not returned (No regresó) <input type="checkbox"/> Fecha regular (Regular date) <input type="checkbox"/> Fecha de modificación (Modified date)			
50. Si regresó a trabajo modificado, ¿es dentro del horario y salario regulares? (If returned to modified work, is it at regular hours and wages?)			
<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No			
<b>Entiendo que no puedo restringir la selección del trabajador de o el acceso a un proveedor de atención médica. Si lo hago, podría haber penalidad civil según ORS 656.260.</b> <b>(By my signature, I acknowledge I am responsible for notifying my workers' compensation insurance company within five days of knowledge of the claim. I understand I may not restrict the worker's choice of or access to a health care provider. If I do, it could result in civil penalties under ORS 656.260.)</b>			
51. Firma del empleador (Employer signature):		52. Nombre y título (escribir con letra de molde) (Name and title Please print):	53. Fecha (Date):

# 801S

X801 3/17

**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.

SAIF workers' compensation claim form  
(Continued) | Page 2 of 2

## Guía para trabajadores lesionados recientemente en el trabajo

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

### ¿Cómo presento una reclamación (reclamo)?

- Notifique lo antes posible a su empleador y al proveedor de atención de la salud de su elección, acerca de la lesión o enfermedad relacionada con el empleo. Su empleador no puede elegir a su proveedor de atención de la salud.
- 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, “Informe del trabajador y del médico para reclamaciones de compensación de trabajadores,”** disponible a través de su proveedor de atención de la salud.

### ¿Cómo recibo tratamiento médico?

- Puede recibir tratamiento médico a través del proveedor de atención de la salud **de su elección**, incluyendo:
  - Enfermeros profesionales autorizados
  - Quiroprácticos
  - Doctores en medicina
  - Naturópatas
  - Cirujanos orales
  - Doctores osteópatas
  - Auxiliares médicos
  - Podiatras
  - Otros proveedores de atención de la salud
- 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 atención de la salud pueden limitar la duración del tratamiento y la autorización de pago durante el tiempo que se ausente del trabajo.** Consulte con su proveedor de atención de la salud 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 atención de la salud 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:

#### **Ombudsman para Trabajadores Lesionados:**

#### **Un defensor para trabajadores lesionados**

Llamada sin cargo: 800.927.1271

Correo electrónico: [oiw.questions@oregon.gov](mailto:oiw.questions@oregon.gov)

#### **Sección de cumplimiento de compensación para trabajadores**

Llamada sin cargo: 800.452.0288

Correo electrónico: [workcomp.questions@oregon.gov](mailto:workcomp.questions@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).

## A guide for workers recently hurt on the job

The following information is provided by SAIF at the request of the Workers' Compensation Division

### How do I file a claim?

- Notify your employer and a health care provider of your choice about your job-related injury or illness as soon as possible. Your employer cannot choose your health care provider for you.
- Ask your employer the name of its workers' compensation insurer.
- Complete **Form 801, "Report of Job Injury or Illness,"** available from your employer and **Form 827, "Worker's and Physician's Report for Workers' Compensation Claims,"** available from your health care provider.

### How do I get medical treatment?

- You may receive medical treatment from the health care provider **of your choice**, including:
  - Authorized nurse practitioners
  - Chiropractors
  - Medical doctors
  - Naturopaths
  - Oral surgeons
  - Osteopathic doctors
  - Physician assistants
  - Podiatrists
  - Other health care providers
- The insurance company may enroll you in a managed care organization at any time. If it does, you will receive more information about your medical treatment options.

### Are there limitations to my medical treatment?

- **Health care providers may be limited in how long they may treat you and whether they may authorize payments for time off work.** Check with your health care provider about any limitations that may apply.
- **If your claim is denied, you may have to pay for your medical treatment.**

### If I can't work, will I receive payments for lost wages?

- You may be unable to work due to your job-related injury or illness. In order for you to receive payments for time off work, your health care provider must send written authorization to the insurer.
- Generally, you will not be paid for the first three calendar days for time off work.
- You may be paid for lost wages for the first three calendar days if you are off work for 14 consecutive days or hospitalized overnight.
- If your claim is denied within the first 14 days, you will not be paid for any lost wages.
- Keep your employer informed about what is going on and cooperate with efforts to return you to a modified- or light-duty job.

### What if I have questions about my claim?

- SAIF or your employer should be able to answer your questions. Call SAIF at 800.285.8525.
- If you have questions, concerns, or complaints, you may also call any of the numbers below:

#### **Ombudsman for Injured Workers:**

##### **An advocate for injured workers**

Toll-free: 800.927.1271

Email: [oiw.questions@oregon.gov](mailto:oiw.questions@oregon.gov)

#### **Workers' Compensation Compliance Section**

Toll-free: 800.452.0288

Email: [workcomp.questions@oregon.gov](mailto:workcomp.questions@oregon.gov)

#### \* **Do I have to provide my Social Security number on Forms 801 and 827? What will it be used for?**

You do not need to have an SSN to get workers' compensation benefits. If you have an SSN, and don't provide it, the Workers' Compensation Division (WCD) of the Department of Consumer and Business Services will get it from your employer, the workers' compensation insurer, or other sources. WCD may use your SSN for: quality assessment, correct identification and processing of claims, compliance, research, injured worker program administration, matching data with other state agencies to measure WCD program effectiveness, injury prevention activities, and to provide to federal agencies in the Medicare program for their use as required by federal law. The following laws authorize WCD to get your SSN: the Privacy Act of 1974, 5 USC § 552a, Section (7)(a)(2)(B); Oregon Revised Statutes chapter 656; and Oregon Administrative Rules chapter 436 (Workers' Compensation Board Administrative Order No. 4-1967).