

Instrucciones para trabajadores lesionados

Quando el personal del consultorio médico le entregue este formulario, por favor complete las casillas de la 1 a la 43 de la copia para el trabajador. Use un bolígrafo y presione fuerte. Usaremos la información que usted proporcione para calcular los beneficios.

1. **Describa su lesión o enfermedad con el mayor detalle posible.** Por ejemplo, si se lesionó su brazo por una caída en el trabajo, díganos *qué* brazo y *cómo* ocurrió la caída. Si la condición se desarrolló con el tiempo, indíquenos qué la causó y en cuánto tiempo se presentó el inconveniente (casilla 19a – b).
2. **Bríndenos toda la información que solicitemos** sobre su empleo, estado civil y dependientes. La usaremos para calcular sus beneficios.
3. **Otórquenos acceso a sus antecedentes laborales registrados por el Departamento para la Seguridad del Empleo (Employment Securities Department, ESD)** para proporcionar de manera más eficaz los beneficios de compensación para trabajadores y regresar al trabajo. Es posible que esta información se comparta con proveedores médicos, proveedores de rehabilitación vocacional y empleadores. Esta información es confidencial y está protegida por el Código Revisado de Washington (Revised Code of Washington, RCW), título 50.13.060(13).
4. **Antes de firmar, lea los avisos legales en la copia del formulario para el trabajador.**
5. **¿Necesita ayuda del Departamento de Labor e Industrias (Department of Labor and Industries, L&I)?**

Línea de asistencia para el trabajador lesionado	1-800-547-8367 (de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.)
Información automatizada sobre reclamos	1-800-831-5227

Cinco cosas que debe hacer mientras procesamos su reclamo:

1. **Elija su propio proveedor de cuidado de la salud entre los profesionales de la red de proveedores médicos del L&I**, incluso si alguien más lo trató inmediatamente después de la lesión. Puede elegir entre los siguientes tipos de proveedores autorizados para tratar su lesión y coordinar su atención: médico clínico, osteópata, naturópata o podólogo; enfermera registrada de práctica avanzada (advanced registered nurse practitioner, ARNP); dentista y optometrista. Podrá encontrar un directorio de proveedores en www.Lni.wa.gov/Spanish/ClaimsIns/Claims/FindaDoc. Si debe viajar, solicite un reembolso al gerente de reclamos. **Los reembolsos por viaje se deben autorizar con anticipación.**
2. **Hable con su empleador sobre la posibilidad de realizar trabajo liviano** si el médico lo aprueba, con restricciones laborales específicas. Muchos trabajadores lesionados pueden continuar trabajando a salario completo porque los empleadores **pueden** modificar sus tareas mientras dure la recuperación. Si no es el caso, el L&I puede complementar el salario reducido por estar en un puesto diferente. (Nota: El pago por tiempo perdido es **mucho** menor que el salario del trabajo).
3. **No pague facturas médicas ni recetas** relacionadas con su lesión. Si el farmacéutico requiere que pague, conserve el recibo y solicite un reembolso al L&I, si su reclamo está autorizado.
4. **Mantenga el número de reclamo a mano** y escríbalo en todos los documentos que nos envíe. Podrá encontrar este número en la copia para el trabajador en el margen inferior derecho del formulario. La tarjeta indica: "Este es su número de reclamo".

- 5. Escribale al gerente de reclamos si usted se muda o cambia de proveedores de cuidado de la salud.** Los cambios deben informarse por escrito y estar firmados por usted. Recuerde escribir el número de reclamo.

Envíelo a la siguiente dirección: Department of Labor & Industries
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291.

Instrucciones línea por línea para el informe de accidente

En esta sección se incluye la traducción de los títulos de las casillas 1 a 43 del formulario. Agregamos una instrucción donde no esté claro cuál debería ser su respuesta. Escriba sus respuestas en el formulario, NO en este documento.

Información sobre el trabajador:

Preferencias de idioma: marque la casilla situada junto al idioma en el que prefiere comunicarse. Si no ve su idioma, marque la última casilla "Otro" y escriba en la línea el idioma que prefiere.

1. Nombre: primero, segundo, apellido. Use su nombre legal completo.
2. Sexo: marque Hombre o Mujer.
3. Número de Seguro Social.
4. Número de teléfono particular.
5. Fecha de nacimiento: en formato mes/día/año.
6. Domicilio: incluya ciudad, estado y código postal.
7. Estatura: en pies y pulgadas.
8. Peso: en libras.
9. Dirección postal (si es diferente del domicilio particular): incluya ciudad, estado y código postal.

Información sobre dependientes:

Es posible que deba presentar un comprobante de matrimonio, de registro de pareja doméstica o de elegibilidad de dependientes.

10. Estado civil: marque la casilla que corresponda a su situación.

Columna izquierda	Columna derecha
Casado	Viudo
Separado	Soltero
Divorciado	
Pareja doméstica registrada	

11. Hijos dependientes: incluya los que aún no han nacido y su fecha estimada de nacimiento. Los beneficios se basarán, en parte, en la cantidad de hijos legalmente dependientes. Si no tiene la custodia legal, complete la casilla 13.

Indique el nombre completo de cada dependiente, su vínculo y si tiene custodia legal: marque la primera casilla para responder "Sí" o la segunda para responder "No" si no tiene la custodia legal. Además, indique la fecha de nacimiento de cada dependiente.

12. Nombre del cónyuge o pareja doméstica registrada.
13. Nombre y dirección del tutor legal de los hijos: incluya ciudad, estado y código postal.

Información sobre la lesión:

14. Fecha de la lesión o última exposición ocupacional. Use el formato mes/día/año.
15. Hora de la lesión: escriba la hora y marque la primera casilla para "a.m." o la segunda casilla para "p.m."
16. Turno (marque uno): marque la primera casilla para el turno de la mañana; marque la segunda casilla para el turno de la tarde; marque la tercera casilla para el turno de la noche.
17. ¿Alguna vez lo trataron por la misma condición o por una similar? Marque la primera casilla para responder "Sí" o la segunda casilla para responder "No".
18. ¿Esta condición se debe a un incidente específico? Marque la primera casilla para responder "Sí" o la segunda casilla para responder "No".

- 19a. Partes del cuerpo lesionadas o expuestas.
- 19b. Describa en detalle cómo ocurrió su lesión o exposición (mencione herramientas, maquinarias, productos químicos o gases que pudieran estar relacionados).
20. ¿Estaba realizando sus tareas habituales? Marque la casilla de arriba para responder "Sí" o la casilla de abajo para responder "No".
21. ¿Dónde ocurrió la lesión o exposición? Marque la primera casilla si la lesión/exposición ocurrió en las instalaciones del empleador; marque la segunda casilla si ocurrió en el lugar de trabajo; marque la tercera casilla para elegir "Otro" y escribir la ubicación en el espacio provisto.
22. ¿Dónde ocurrió la lesión o exposición? Indique el nombre de la empresa. Escriba la dirección de la empresa; incluya ciudad, condado, estado y código postal.
23. ¿La lesión fue causada por una máquina o un producto defectuoso o por una persona distinta del empleador o un compañero de trabajo? Marque la primera casilla para responder "Sí", la segunda casilla para responder "No" o la tercera casilla para responder "Posiblemente".
24. Enumere los testigos: escriba los nombres de las personas que vieron cómo ocurrió la lesión.
25. ¿Cuándo regresará al trabajo? Indique la fecha en formato mes/día/año.
26. ¿Cuándo trabajó por última vez? Indique la fecha en formato mes/día/año.
27. ¿Informó el incidente al empleador? Marque la primera casilla para responder "Sí" o la segunda para responder "No". Si la respuesta es "Sí", escriba el nombre y el cargo de la persona.
28. Fecha en la que informó el incidente. Indique la fecha en formato mes/día/año.
29. El día de la lesión, ¿recibió beneficios de atención médica pagados por el empleador? Marque la primera casilla para responder "Sí" o la segunda casilla para responder "No".

Información sobre el empleo:

30. Nombre comercial del empleador.
31. Tipo de empresa.
32. ¿Cuánto tiempo hace que trabaja allí? Es suficiente con indicar un tiempo aproximado. Indique la cantidad aproximada de años en el primer espacio, los meses en el segundo, las semanas en el tercero o los días en el cuarto.
33. Número de teléfono del empleador. Indique el número e incluya el código de área.
34. Dirección del empleador. Incluya ciudad, estado y código postal.
35. Indique su puesto laboral y describa sus tareas.
36. Sueldo por este trabajo. Indique el monto junto al símbolo del dólar. Marque un solo tipo de sueldo:

Columna izquierda	Columna derecha
Por hora	Semanal
Por día	Mensual
Más de un tipo de sueldo	

37. Horas por día. Indique la cantidad de horas de trabajo que tiene programadas por cada día laboral.
38. Días por semana. Indique la cantidad de días de trabajo que tiene programados por cada semana.
39. Ingresos adicionales (promedio diario). Indique el monto junto al símbolo del dólar. Marque cada tipo de ingreso adicional que corresponda:

Columna izquierda	Columna derecha
Por contrato	Propina
Horas extras habituales	Diferencial de turno
Comisiones	Bonos durante los últimos 12 meses

40. ¿Cuántos trabajos con remuneración posee?

41. Yo soy: marque todas las casillas que correspondan a su situación

Columna izquierda	Columna derecha
Propietario	Accionista de empresa
Socio	Director de empresa
Funcionario de empresa	Cobertura opcional
	No corresponde

42. Firma. Nota: Lea los avisos legales que se encuentran a continuación. Después de firmar, escriba la fecha con el formato mes/día/año.

Declaro que estos enunciados son verdaderos según mi leal saber y entender. Al firmar este formulario, autorizo a proveedores de cuidado de la salud, hospitales o clínicas a divulgar las historias clínicas relevantes que producen ellos u otras entidades, al Departamento de Labor e Industrias.

43. Firma. Después de firmar, escriba la fecha en el formato mes/día/año.

Autorizo al Departamento de Labor e Industrias y a quien actúe en su nombre a recibir del Departamento para la Seguridad del Empleo (ESD) los antecedentes laborales confidenciales para colaborar en la determinación de los beneficios de compensación para trabajadores.

Avisos legales

En el título 51.36.060 del RCW se establece lo siguiente: Toda información médica, en posesión o control de una persona y relevante a una lesión particular que, en la opinión del Departamento, esté relacionada con un trabajador cuya lesión o enfermedad ocupacional es la base de un reclamo, estará disponible en virtud de este título en cualquier etapa del proceso para el empleador, el representante del reclamante y el Departamento a solicitud y ninguna persona incurrirá en ninguna responsabilidad legal con motivo de la divulgación de dicha información.

En la subsección (2) del título 51.48.020 del RCW se establece lo siguiente: Toda persona que solicite beneficios en virtud de este título y que intencionalmente brinde información falsa requerida en un reclamo o una solicitud conforme este título, será culpable de un delito mayor o un delito menor grave según las disposiciones sobre robo e incumplimiento del Título 9A del RCW.

Divulgación de su número de Seguro Social: no está obligado a divulgar su número de Seguro Social en este formulario. No obstante, este dato ayudará al L&I a procesar su reclamo en cumplimiento de las leyes de seguro industrial (consulte el Título 51 del Código Revisado de Washington y el Capítulo 51.28 del RCW).

RCW 50.13.060 (13): La divulgación indebida o no autorizada de los registros o la información por parte de cualquier persona u organización a quien se le haya permitido el acceso conforme a este capítulo, somete a la persona u organización a una sanción civil de cinco mil dólares y demás sanciones aplicables conforme a la ley estatal y federal. El fiscal general deberá presentar la demanda para hacer cumplir esta sección y la suma de las sanciones impuestas se pagará en el fondo para contingencias administrativas del Departamento para la Seguridad del Empleo. El fiscal general podrá recuperar los honorarios razonables de los abogados por la acción entablada para hacer cumplir esta sección.

RCW 50.13.015: Si la información proporcionada al Departamento por otra agencia gubernamental se considera privada y confidencial conforme a leyes estatales o federales, el Departamento no podrá divulgarla.

Cómo obtener ayuda con su reclamo del L&I

Llámenos: Línea de asistencia al trabajador lesionado: 1-800-547-8367 (de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.)

Información automatizada sobre reclamos: 1-800-831-5227

A petición del cliente, hay ayuda disponible para personas que hablan otros idiomas y otros formatos alternos de comunicación para personas con discapacidades. Llame al 1-800-547-8367. Los usuarios de dispositivos de telecomunicaciones para sordos (TDD, por su sigla en inglés) pueden llamar al 360-902-5797. L&I es un empleador con igualdad de oportunidades.

En línea: Sitio web del L&I: www.Lni.wa.gov/Spanish

Encuentre información sobre cómo procesamos los reclamos, qué cubre la compensación para trabajadores, cómo calculamos los beneficios, qué debe hacer su empleador y mucho más.

¿Necesita asistencia técnica con nuestro sitio web?

- Correo electrónico: WebSupport@Lni.wa.gov
- Teléfono: 360-902-5999

También puede llamar a la oficina local del L&I o ir personalmente.

Las direcciones se encuentran en el directorio telefónico bajo el título WA State, Labor & Industries.

Aberdeen
360-533-8200

Everett
425-290-1300

Mount Vernon
360-416-3000

Spokane
509-324-2600

Tumwater
360-902-5800

Bellevue
425-990-1400

Kennewick
509-735-0100

Sequim
360-417-2700

Tacoma
253-596-3800

Vancouver
360-896-2300

Bellingham
360-647-7300

Longview
360-575-6900

Silverdale
360-308-2800

Tukwila
206-835-1000

Yakima
509-454-3700

East Wenatchee
509-886-6500

Moses Lake
509-764-6900

Pullman
509-334-5296