



## Solicitud de reapertura de reclamo por empeoramiento de afección

Número de reclamo

### Información del trabajador

Llene su parte por completo y entréguela a su proveedor responsable dentro de un plazo de 30 días de que los servicios médicos se vuelvan necesarios debido al empeoramiento de su afección. El Departamento o el empleador autoasegurado **debe** recibir la solicitud contestada por usted y por su proveedor dentro de un plazo de 60 días de que los servicios médicos se vuelvan necesarios debido al empeoramiento.

Use este formulario solamente si su afección ha empeorado y su reclamo ha estado cerrado durante más de 60 días. Si ha sufrido una **nueva** lesión en el trabajo, llene un nuevo formulario de informe de lesión industrial o enfermedad ocupacional.

Si se pagan beneficios por tiempo perdido antes de que se tome una decisión sobre la reapertura y su reclamo no es reabierto, usted tendrá que devolver esos beneficios. Recibirá información sobre su solicitud de reapertura en un plazo de 90 días de que el Departamento reciba la solicitud de reapertura.

|   |        |   |                             |
|---|--------|---|-----------------------------|
| Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)  |        | ¿Ha cambiado su nombre desde que se cerró su reclamo?<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó que sí, escriba su nombre anterior:  |                             |
| Número de teléfono de casa  |        | Número del Seguro Social (solo como identificación)   |                             |
| Domicilio actual  |        | Dirección postal (si es diferente al domicilio)   |                             |
| Ciudad  | Estado | Código postal   | Ciudad Estado Código postal |
| <input type="checkbox"/> Prefiero que mi correspondencia se le envíe a mi representante (escriba el nombre y la dirección postal del representante)   |        |   |                             |
| Fecha de la lesión original   |        | Fecha de cierre del reclamo   |                             |
| Empleador al momento de la lesión original  |        | Nombre completo del médico que lo trataba al momento del cierre del reclamo   |                             |
| ¿Qué partes de su cuerpo son afectadas por esta lesión o enfermedad?  |        | Fecha en que la afección empeoró después del cierre del reclamo   |                             |
| ¿Cuáles son sus problemas físicos actuales?   |        | ¿Ha sufrido alguna lesión o enfermedad nueva después de la fecha de cierre del reclamo?<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó que sí, explique   |                             |
| ¿Su afección empeoró debido a otra lesión accidente, ya sea dentro o fuera del trabajo?<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó que sí, explique   |        | ¿Ha recibido tratamiento médico para esta afección después del cierre del reclamo?<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó que sí, escriba nombres y direcciones de los médicos responsables |                             |
| Nombre del médico   |        | Número de teléfono  |                             |
| Ciudad  | Estado | Código postal   | Ciudad Estado Código postal |
| ¿Está usted trabajando?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que no, ¿por qué? <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Incapaz de trabajar <input type="checkbox"/> Fue despedido <input type="checkbox"/> Renunció  |        |   |                             |
| Última fecha en que trabajó:  |        |   |                             |
| ¿Ha solicitado o está recibiendo alguno de los beneficios que se indican a continuación?<br><input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Permiso por enfermedad <input type="checkbox"/> Asistencia pública <input type="checkbox"/> Beneficios de jubilación <input type="checkbox"/> Seguro de incapacidad<br><input type="checkbox"/> ¿Recibe compensación de algún otro seguro industrial? (por ejemplo, trabajadores de carga y portuarios, Ley Jones, ferrocarriles) |        |   |                             |
| Empleador actual o último   |        |   |                             |
| Dirección   |        | Número de teléfono  |                             |
| Ciudad  |        | Estado Código postal  |                             |
| Tipo de negocio   |        | ¿Cuánto tiempo ha trabajado para este empleador?  |                             |
| Su puesto y funciones   |        |   |                             |
| ¿Qué otros empleadores y puestos ha tenido desde que se cerró su reclamo?   |        |   |                             |

Nota: las personas que hagan declaraciones falsas para obtener beneficios de servicios industriales están expuestas a sanciones civiles y penales. Declaro que estos hechos son verdaderos en la medida de mi conocimiento y convicción. Al firmar este formulario concedo mi permiso para que los médicos, hospitales, clínicas y otras partes con información médica entreguen mis registros médicos al Departamento de Labor e Industrias y al empleador autoasegurado.

Firma del solicitante

Fecha

## Información del proveedor

Número de reclamo

Por favor conteste este formulario y envíelo al Programa del Fondo Estatal o al fondo de autoseguro. Al hacerlo nos permitirá determinar si la afección presente se debe a un empeoramiento de una lesión anterior. Un reclamo **solamente** puede reabrirse si ha ocurrido un empeoramiento objetivo de la afección aceptada después de la fecha de cierre **y** ese empeoramiento no se debe a una afección preexistente o independiente ni a una nueva lesión.

El Departamento o el empleador autoasegurado **debe** recibir la solicitud contestada dentro de un plazo de 60 días de que los servicios médicos se vuelvan necesarios debido al empeoramiento de la afección del trabajador.

Usted recibirá los pagos correspondientes a la consulta médica y a los estudios de diagnóstico necesarios para llenar el formulario, pero el pago de servicios adicionales no autorizados por el departamento dependerá de nuestra decisión respecto a la solicitud de reapertura. **Usted debe participar en la Red de Proveedores Médicos de L&I (MPN, por sus siglas en inglés) para ser designado como proveedor responsable, administrar tratamiento o certificar restricciones físicas que provean beneficios de compensación para trabajadores (excepción: los proveedores fuera del estado no tienen que formar parte de la MPN).** Si el reclamo es reabierto, no podrán pagarse beneficios por servicios prestados más de 60 días antes de que recibamos el formulario. **Conteste todas las preguntas completamente para facilitar una respuesta oportuna a esta solicitud de reapertura.** Envíelo por correo postal a la dirección apropiada indicada al reverso. **No** adjunte una factura a este formulario.

Describa los síntomas actuales del paciente.

¿Cuál fue la PRIMERA fecha en la que atendió al paciente por estos síntomas después del cierre del reclamo?

¿Los síntomas fueron causados por la lesión cubierta?  
 Sí  No

Describa todos los elementos de sus hallazgos médicos actuales, incluyendo sus antecedentes, examen y resultados de pruebas que sustenten un **empeoramiento medible (objetivo)** de la lesión industrial o enfermedad ocupacional después del cierre del reclamo o la última denegación de reapertura. **Adjunte los resultados de las pruebas y sus hallazgos.**

¿Con qué información la comparó para sustanciar el empeoramiento? Marque la casilla que corresponda.

- Era el proveedor al momento del cierre del reclamo  Estudió el expediente médico anterior  
 Se comunicó con el proveedor anterior  
 Otro:

¿La afección actual le impide trabajar al paciente?

No  Sí Si contestó que sí, estime la cantidad de días que no podrá trabajar:

Fecha de inicio de la incapacidad actual

Describa las limitaciones físicas y restricciones que impiden trabajar al paciente. Explique en qué se basa su opinión.

¿El paciente podría volver al trabajo con funciones modificadas o diferentes (como trabajo sedentario ligero o trabajo transitorio a tiempo parcial)?

Escriba todos los factores médicos que podrían obstaculizar o influir sobre la recuperación del paciente.

¿Cuál es su plan específico de tratamiento curativo? Incluya el tiempo de recuperación previsto e indique cuándo el paciente podría regresar a alguna forma de trabajo.

Diagnóstico de la afección determinado por exámenes.

Códigos ICD.

Nombre del proveedor (en letra de molde)

Número de proveedor

Dirección del proveedor

Número de teléfono del proveedor

Ciudad

Estado

Código postal

Firma del proveedor y fecha

**Los beneficios pueden demorarse si este formulario no se contesta este formulario en su totalidad.**

*Conserve una copia de esta solicitud de reapertura para su archivo.*