



**Instrucciones para:
Trabajadores Lesionados**



Quando el personal de la oficina de su médico le dé este formulario, llene las casillas 1 a 42. Use bolígrafo y presione fuertemente. Para una traducción paso por paso vea la página 2

- 1. Describa su lesión o enfermedad con todos los detalles que pueda.** Por ejemplo, si lesionó su brazo en una caída en el trabajo, díganos *cuál* brazo y *cómo* ocurrió la caída. Si su condición se desarrolló durante un período de tiempo, díganos qué causó su condición y durante qué periodo de tiempo ocurrió el problema.
- 2. Por favor proporcione *toda* la información que solicitamos** sobre su empleo, estado civil y dependientes para poder calcular sus beneficios.
- 3. Lea el Aviso legal en la parte de abajo de este formulario antes de firmarlo.**
- 4. ¿Necesita ayuda de L&I? Línea de asistencia para trabajadores lesionados: 1-800-547-8367**
Información automatizada de reclamos: 1-800-831-5227
- 5. Use la tarjeta en la copia del trabajador (indica “Worker’s Copy” en la parte inferior a la mano derecha) de este formulario. La tarjeta dice lo siguiente:**

Este es su número de reclamo:

Mantenga esta tarjeta a la mano cuando se comunique con nosotros sobre su reclamo o al verificar si L&I ha recibido su reclamo.

Nombre _____ Fecha de la lesión _____

Use esta tarjeta para obtener servicios médicos para el tratamiento de su lesión relacionada con el trabajo o enfermedad ocupacional. Esta tarjeta no significa que su reclamo ha sido aceptado.

Aviso Legal

Por favor lea esta información legal importante:

El artículo 51.36.060 del Código Revisado de Washington (RCW, por su sigla en inglés) indica lo siguiente: Toda información médica en posesión o control de una persona y pertinente a una lesión en particular que, en la opinión del Departamento, esté relacionada con cualquier trabajador cuya lesión o enfermedad ocupacional es la base de un reclamo conforme a este título, estará disponible en cualquier etapa del proceso para el empleador, el representante del reclamante y el Departamento al solicitarlo, y ninguna persona incurrirá en ninguna responsabilidad legal por haber entregado esta información.

El artículo 51.48.020, inciso (2), del RCW indica lo siguiente: Cualquier persona que reclame beneficios conforme a este título e intencionalmente dé información falsa en cualquier reclamo o solicitud conforme a este título será culpable de un delito mayor, o delito menor, de acuerdo con las disposiciones sobre hurto y actos delictivos preparatorios, establecidas en el Título 9A del RCW.

Divulgación del Número de Seguro Social: No se requiere que usted proporcione su Número de Seguro Social en este formulario. Sin embargo, el número le ayudará a L&I a procesar su reclamo conforme a las leyes de seguro industrial. **(Véase el Título 51, Código Revisado de Washington y el Capítulo 51.28 de dicho código).**

Cinco cosas que necesita hacer ahora mientras procesamos su reclamo

- 1. Elija su propio proveedor de cuidado de la salud de la red de proveedores médicos de L&I** aún si alguien más le dió tratamiento inmediatamente después de su lesión. Usted puede elegir de los siguientes tipos de proveedores certificados para tratar su lesión y coordinar su cuidado: médicos generales, osteópatas, quiroprácticos, médicos de naturopatía y podiatra; Enfermeras Registradas de Práctica Avanzada (ARNP, por su sigla en inglés); dentistas y optometristas. Un directorio de proveedores está disponible en línea en www.FindADoc.Lni.wa.gov (en inglés solamente). Pregúntele a su gerente de reclamo sobre el reembolso si usted tiene que viajar. **El reembolso de viaje tiene que ser autorizado antes de hacer el viaje.**
- 2. Hable con su empleador sobre oportunidades de trabajo liviano** si su doctor le da autorización y restricciones específicas de trabajo. Muchos trabajadores lesionados pueden continuar trabajando con su salario completo debido a que los empleadores **pueden** modificarles sus tareas mientras se recuperan. Si no es así, L&I podría suplementar cualquier pago reducido para una posición diferente. (Nota: Los pagos por tiempo perdido son **mucho más** bajos que el ingreso de un trabajo).
- 3. No pague por cuentas médicas o recetas** relacionadas con su lesión. Si un farmacéutico requiere que usted pague, guarde el recibo y pídale a L&I que se lo reembolse una vez que se autorice su reclamo.
- 4. Tenga su número de reclamo a la mano** (vea la tarjeta en este formulario) y escríbalo en todos los documentos que nos envíe.
- 5. Escríbale a su gerente de reclamo si se muda o cambia de proveedores de cuidado de la salud.** Los cambios deben hacerse por escrito, firmados por usted y con el número de reclamo. Envíelos a: Department of Labor and Industries, P.O. Box 44291, Olympia, WA 98504-4291.

Cómo obtener ayuda con su reclamo de L&I

Llámenos: Línea de asistencia para trabajadores lesionados: 1-800-547-8367
Información automatizada de reclamos: 1-800-831-5227
Servicio de TDD para personas con dificultades de audición/lenguaje: 1-360-902-5797

Vaya al sitio de Internet: Sitio Web de L&I: www.Lni.wa.gov – Haga clic “en español”
Nota: Algunos de los enlaces en Internet están en inglés solamente.
Conozca cómo procesamos los reclamos, lo que cubre la compensación al trabajador, cómo calculamos beneficios, lo que debe hacer su empleador y mucho más.

Centro de Información de Reclamos y Cuentas de L&I: www.ClaimInfo.Lni.wa.gov
Una vez que su reclamo esté en nuestro sistema, usted puede inscribirse aquí para obtener información actualizada y completa sobre el estado de su reclamo en línea. También nos puede enviar mensajes, actualizar su estado de trabajo, cambiar su dirección o protestar una decisión del reclamo, todo esto en línea. *(La información de reclamos para víctimas de crimen no está disponible).*

¿Necesita ayuda técnica con nuestro sitio de Internet?

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

O puede llamar o visitar cualquier oficina local de L&I.

Las oficinas están listadas en su directorio telefónico bajo “Washington State — Department of Labor & Industries.” Tenemos oficinas en:

Aberdeen	East Wenatchee	Moses Lake	Seattle	Tumwater
Bellevue	Everett	Mount Vernon	Spokane	Vancouver
Bellingham	Kennewick	Port Angeles	Tacoma	Yakima
Bremerton	Longview	Pullman	Tukwila	

*Las direcciones de nuestras oficinas están en línea en www.Lni.wa.gov/Spanish.
También puede obtener los números de teléfono, de fax e instrucciones de cómo llegar a cada oficina.*

Use esta hoja para ayudarlo a llenar las casillas 1 a 42 del Reporte de Accidente (Lesión en el trabajo, accidente o enfermedad ocupacional). Recuerde marcar la casilla que dice "Español" en la parte de arriba del formulario. Por favor escriba cuidadosamente y claramente.

ESCRIBA CON LETRAS DE MOLDE EN FORMA LEGIBLE

1. Nombre (Primero, Segundo, Apellido)
2. Sexo (Masculino, Femenino)
3. Número de seguro social
4. Teléfono residencial
5. Fecha de nacimiento (Mes, Día, Año)
6. Dirección residencial (Ciudad, Estado, Código postal)
7. Estatura en pies y pulgadas
8. Peso en libras
9. Dirección postal (si es diferente a la dirección residencial) (Ciudad, Estado, Código postal)
10. Estado civil [Casado(a), Viudo(a), Separado(a), Soltero(a), Divorciado(a), Pareja doméstica registrada]
Requisitos para familias y dependientes:
 Es posible que se requiera que usted presente prueba de su estado civil, registro de pareja doméstica registrada o dependientes.
11. Hijos dependientes. Incluya hijos que aún no hayan nacido, estimando las fechas de nacimiento. Los beneficios serán basados, en parte, en el número de niños dependientes legales. Si no tiene custodia legal, complete la casilla 13. [Nombre, Parentesco con el trabajador, Custodia legal (Sí, No) Fecha de nacimiento (Mes, Día, Año)]
12. Nombre del Cónyuge o Pareja doméstica registrada
13. Nombre y dirección del tutor legal de los niños (Nombre, Dirección, Ciudad, Estado, Código postal)
14. Fecha de la lesión o última exposición ocupacional (Mes, Día, Año)
15. Hora de la lesión (AM, PM)
16. Turno de trabajo (Día, Variable, Noche)
17. ¿Ha recibido tratamiento por una condición similar o igual? (Sí, No)
18. ¿Fue esta condición causada por un incidente específico? (Sí, No)
- 19a. Parte del cuerpo que se lesionó o fue expuesta.
- 19b. Describa detalladamente cómo ocurrió su lesión o exposición. (Incluya herramientas, maquinaria, substancias químicas o humos que pudieran haber estado involucrados).
20. ¿Estaba haciendo su trabajo normal? (Sí, No)
21. ¿Dónde ocurrió la lesión o exposición? (Propiedad del empleador, Sitio de trabajo, Otro)
22. ¿Dónde ocurrió la lesión o exposición? (Nombre de la empresa si ocurrió allí, Dirección, Ciudad, Condado, Estado, Código postal)
23. ¿Fue este incidente causado por una falla en la maquinaria, un producto o por alguien que no es un compañero de trabajo? (Sí, No, Posiblemente)
24. Escriba el/los nombre(s) de los testigo(s)
25. ¿Cuándo regresará a trabajar?
26. ¿Cuándo fue la última vez que trabajó?
27. ¿Reportó el incidente a su empleador? (Sí, No)
 Si es sí, escriba el nombre y título de la persona a quien lo reportó
28. Fecha en que lo reportó (Mes, Día, Año)
29. En el día que usted se lesionó, ¿estaba su empleador contribuyendo al seguro médico? (Sí, No)
30. Nombre de la empresa de su empleador
31. Tipo de negocio
32. ¿Cuánto tiempo ha trabajado allí? (Años, Meses, Semanas, Días)
33. Número de teléfono de su empleador
34. Dirección de su empleador (Ciudad, Estado, Código postal)
35. Escriba su título de trabajo y describa sus deberes de trabajo
36. Tarifa de pago en este trabajo (marque una) \$ (Hora, Semana, Día, Mes, Más de una tarifa de pago)
37. Horas por día
38. Días por semana
39. Ingresos adicionales (marque todos los que apliquen) (promedio diario) \$ (Trabajo a destajo/pieza, Propinas, Horas extras, Turnos, Comisiones, Bonificaciones en los últimos 12 meses)
40. ¿Cuántos trabajos con sueldo tiene?
41. Es usted: (Dueño, Socio, Oficial Corporativo, Accionista Corporativo, Director Corporativo, Cobertura Opcional, No es aplicable)
42. Firma. **Nota: LEA LAS NOTIFICACIONES LEGALES EN LA PÁGINA 1 DE LAS INSTRUCCIONES EN ESPAÑOL.**
 Afirmo que estas declaraciones son verdaderas a mi leal saber y entender. Al firmar este formulario, autorizo a proveedores de cuidado de la salud, hospitales o clínicas a que proporcionen al Departamento de Labor e Industrias los reportes médicos pertinentes, hechos por ellos u otros.
 Fecha de hoy (Mes, Día, Año)