



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? <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? <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? <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? <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	Nombre del médico		Número de teléfono
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
¿Está usted trabajando? <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? <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 <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

Provider Information

Claim number

Please complete this form and send it to the State Fund Program or the Self Insurance Program. It will enable us to determine if the current medical condition is due to a worsening of a previous injury. A claim can **only** be reopened if there has been an objective worsening of the allowed condition since the date of closure **and** that worsening is not due to an unrelated or preexisting condition or a new injury.

The completed application **must** be received by the Department or self-insurer within 60 days of any medical services made necessary by a worsening of the worker's condition.

You will be paid for the office call and diagnostic studies necessary to complete the form, however, payment for any additional services not authorized by the department will depend on our decision on the reopening request. **You must be participating in the L&I Medical Provider Network (MPN) to be designated as attending provider, administer treatment, or certify physical restrictions resulting in workers' compensation benefits (exception: out-of-state providers don't need to be in the MPN).** If the claim is reopened, benefits cannot be paid for services provided more than 60 days prior to our receipt of the form. **Answer all questions completely to ensure timely action on this reopening application.** Please mail to the appropriate address on the reverse side. Do **not** attach a bill to this form.

Please describe patient's current symptoms.

What was the FIRST date you saw the patient for these symptoms after claim closure?

Are the symptoms the result of the covered injury?
 Yes No

List all the elements of your current medical findings including history, examination, and test results that would support a **measurable (objective) worsening** of the industrial injury or occupational disease since claim closure or the last reopening denial. **Attach test results and findings.**

Upon what information did you rely to make comparison to substantiate worsening? Check appropriate box.

Provider at the time of claim closure Reviewed the previous medical file Contacted the previous provider

Other:

Does the current condition prevent the patient from working?
 No Yes If yes, estimate number of days off work:

Beginning date of current disability

Describe the physical limitations and/or restrictions preventing the patient from working. Please provide the basis for your opinion.

Could the patient return to work with modified or different duties (i.e. light, sedentary work or transitional part time work)?

List all medical factors that might impede or influence the patient's recovery.

What is your specific curative treatment plan? Please include expected recovery time and indicate when the patient may return to some form of work.

Diagnosis of condition found by examination.

ICD Codes.

Provider name (please print)

Provider number

Provider address

Provider phone number

City

State

Zip Code

Provider's signature and date

Benefits may be delayed if this form is not filled out completely.
Please retain a copy of this reopening application for your records.