

Dept of Labor & Industries
State Fund
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291
Fax: 360-902-6100

Dept of Labor & Industries
Self-Insurance
PO Box 44892
Olympia WA 98504-4892
Fax: 360-902-6900



Solicitud para reabrir un reclamo Debido al empeoramiento de la condición

Información del trabajador

Complete la parte que le corresponde en su totalidad para acción inmediata.

Número de reclamo

Solamente use este formulario si su condición médica ha empeorado y su reclamo ha estado cerrado por más de 60 días. Si usted sufre una **nueva** lesión en el trabajo, complete un nuevo formulario de Reporte de Lesión Industrial o Enfermedad Ocupacional.

Si se pagan beneficios de tiempo perdido antes de que se tome una decisión de reapertura y su reclamo no se reabre, se requerirá que usted devuelva el pago de esos beneficios. Usted recibirá información sobre su solicitud de reapertura dentro de 90 días después de que el Departamento haya recibido la solicitud de reapertura.

| | |
|--|--|
| Nombre (Primero, Medio, Apellido) | ¿Cambió su nombre desde que se cerró el reclamo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si marcó sí, indique su nombre anterior: |
| Número de teléfono de la casa | Número de Seguro Social (para identificación solamente) |
| Dirección de la casa actual | Dirección postal (si es diferente a la dirección de la casa) |
| Ciudad Estado Código Postal | Ciudad Estado Código Postal |
| <input type="checkbox"/> Prefiero que mi correspondencia vaya a mi representante (escriba el nombre y la dirección postal del representante) | |

| | |
|--|--|
| Fecha de la lesión original | Fecha de cierre del reclamo |
| Empleador en la fecha de la lesión original | Nombre completo del proveedor que le brindó tratamiento al cerrarse el reclamo |
| ¿Qué partes del cuerpo están afectadas por esta lesión/enfermedad? | Fecha en que empeoró su condición después del cierre del reclamo |

| | |
|--|---|
| ¿Cuáles son sus quejas físicas actuales? | ¿Ha sufrido nuevas lesiones o enfermedades desde la fecha en que se cerró el reclamo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si marcó sí, explique |
| ¿Empeoró su condición debido a otra lesión o accidente ya sea en o fuera del trabajo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si marcó sí, explique | ¿Ha recibido cualquier tratamiento médico para esta condición desde el cierre del reclamo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si marcó sí, indique el/los nombre(s) y dirección(es) de el/los proveedor(es) de tratamiento. |
| Nombre del doctor Número de teléfono | Nombre del doctor Número de teléfono |
| Ciudad Estado Código Postal | Ciudad Estado Código Postal |

¿Está usted trabajando?
 Sí No Si no ¿Por qué? Jubilado Incapacitado para trabajar Despedido Dejó de trabajar
Fecha en que dejó de trabajar:

¿Ha solicitado usted o está recibiendo cualquiera de los beneficios indicados abajo?
 Desempleo Permiso por enfermedad Asistencia pública Beneficios de jubilación Seguro por discapacidad
 ¿Hay otro seguro de compensación industrial? (por ejemplo, Trabajadores del puerto (Longshore and Harbor Workers), Ley Jones (Jones Act), Ferrocarril (Railroad))

| | |
|--------------------------------|--|
| Empleador actual o último | |
| Dirección | Número de teléfono |
| Ciudad | Estado Código Postal |
| Tipo de negocio | ¿Por cuánto tiempo ha trabajado para este empleador? |
| Su título y deberes de trabajo | |

¿Qué otros empleos y títulos de trabajo ha tenido usted desde que se cerró el reclamo?

AVISO: Las personas que hagan declaraciones falsas para obtener beneficios de seguro industrial están sujetas a sanciones civiles y criminales. Certifico que a mi mejor entender y conocimiento que, la información es correcta. Mi firma en este formulario autoriza a los doctores, hospitales, clínicas u otros con información médica a entregarle mis archivos médicos al Departamento de Labor e Industrias y/o al empleador autoasegurado.

Firma del reclamante

Fecha

Información del proveedor

Número de reclamo

Por favor complete este formulario y envíelo al Programa de Reclamos o de Empresas Autoaseguradas. Este nos permitirá determinar si la condición médica actual es causada por el empeoramiento de una lesión anterior. Un reclamo **solamente** puede reabrirse si ha habido un empeoramiento objetivo de la condición autorizada desde la fecha de cierre y el empeoramiento no ha sido causado por una condición preexistente o no relacionada o una nueva lesión.

No podemos pagarle por los servicios relacionados para reabrir el reclamo si usted no está participando en la Red de Proveedores Médicos de L&I. Si usted es parte de la Red de Proveedores Médicos de L&I a usted se le pagará por la visita de oficina y estudios de diagnóstico necesarios para completar el formulario. Sin embargo, el pago de cualquier servicio adicional no autorizado por el Departamento dependerá de nuestra decisión de la solicitud de reapertura. Si el reclamo es reabierto, no se pagará por servicios proporcionados más de 60 días antes de recibir el formulario. **Conteste todas las preguntas completamente para asegurar una acción oportuna sobre esta solicitud de reapertura.** Por favor envíela por correo a la dirección apropiada en el reverso. No adjunte facturas a este formulario.

| | |
|--|--|
| Por favor describa los síntomas actuales del paciente. | |
| ¿Cuál fue la PRIMERA fecha después del cierre del reclamo en la que atendió al paciente por estos síntomas? | ¿Son los síntomas el resultado de la lesión cubierta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Indique todos los elementos de los resultados médicos actuales, incluyendo la historia, examen y resultados de los exámenes que confirmen un empeoramiento de la lesión industrial o enfermedad ocupacional que puede ser medido (objetivo) desde el cierre del reclamo o el último rechazo de la reapertura. Adjunte los resultados de los exámenes. | |
| ¿En qué información se basó para hacer la comparación para confirmar el empeoramiento? Marque la casilla apropiada. <input type="checkbox"/> Proveedor al cerrarse el reclamo <input type="checkbox"/> Revisión del archivo médico anterior <input type="checkbox"/> Comunicación con el proveedor anterior <input type="checkbox"/> Otro: | |
| ¿La condición actual del paciente le impide trabajar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si su respuesta es sí, haga un estimado del número de días sin trabajar: | Fecha inicial de la discapacidad actual |
| Describa las limitaciones físicas y/o restricciones que le impiden trabajar al paciente. Por favor proporcione la base para su opinión. | |
| ¿Puede el paciente regresar a trabajar con tareas modificadas o diferentes (trabajo liviano, trabajo sedentario o trabajo de tiempo parcial temporal)? | |
| Indique todos los factores médicos que puedan impedir o influenciar la recuperación del paciente. | |
| ¿Cuál es su plan de tratamiento curativo específico? Por favor incluya el tiempo de recuperación e indique cuando el paciente puede regresar a cualquier clase de trabajo. | |
| Diagnóstico de la condición encontrada en el examen. | |
| Códigos ICD. | |
| Nombre del proveedor (por favor imprima) | Número del proveedor |
| Dirección del proveedor | Número de teléfono del proveedor |
| Ciudad Estado Código Postal | Firma del proveedor médico y fecha |

Es posible que se retrasen los beneficios si este formulario no se ha completado en su totalidad.

Por favor quédese con una copia de esta solicitud de reapertura para sus archivos.