**Información Acerca de la Compensación de Trabajadores**

**Cómo Era Antes**

A principios del siglo veinte, los trabajadores lesionados en el trabajo tuvieron que demandar a sus empleadores para recuperar los gastos médicos y los sueldos perdidos.

Los pleitos llevaban meses y a veces años. Los jurados tenían que decidir quién tenía la culpa y cuánto, si es que algo, se pagaría. En la mayoría de los casos, el trabajador no obtenía nada. Era caro, demorado, y a menudo injusto.

**Cómo Es Ahora**

Hoy, la ley de la compensación de trabajadores de California proporciona una manera más justa y rápida para cuidar de trabajadores lesionados… donde no se tiene que probar culpa para recuperar los gastos médicos y los sueldos perdidos.

Este seguro de lesión en el trabajo es pagado por su empleador y supervisado por el estado. Se paga sus cuentas médicas y si usted no puede trabajar debido a una lesión o enfermedad relacionada al trabajo, la compensación de trabajadores proporciona dinero para ayudar a reemplazar los sueldos perdidos hasta que usted pueda volver a trabajar.

**¿Quién Está Cubierto?**

Casi todo empleado en California está protegido por la compensación de trabajadores, pero hay unas pocas excepciones. Las personas que tienen sus propios negocios y los que trabajan como voluntarios impagados pueden no estar cubiertos. Los trabajadores marítimos y los empleados federales están cubiertos por leyes semejantes. Si usted tiene una pregunta acerca de la cobertura, pregunte a su empleador.

**¿Qué Está Cubierto?**

Cualquier lesión o enfermedad se cubre si es debida a su trabajo. Esta se puede causar por un evento como una caída, o exposiciones repetidas, tales como movimiento repetitivo a través del tiempo. Desde lesiones de tipo de primeros auxilios hasta accidentes graves están cubiertos. La compensación de trabajadores cubre aún las lesiones -- inclusive lesiones físicas o psiquiátricas -- resultantes de un crimen en el lugar de trabajo. (Algunas lesiones de actividades de voluntario, actividades recreativas después del trabajo, sociales o atléticas, por ejemplo, el equipo de bolos de su compañía, puede no estar cubiertas. Consulte con su supervisor o el administrador de reclamaciones listado en la sección, “Cuando Sucede una Lesión o Enfermedad en el Trabajo…” si tiene preguntas.)

La cobertura es automática e inmediata. No hay un período para calificar, ninguna necesidad de ganar cierta cantidad en sueldos antes de ser cubierto… la protección comienza el primer minuto que usted está en el trabajo.

**Lo Que Usted Tiene Que Hacer**

Notifique inmediatamente a su supervisor o llame el número de teléfono del representante de su empleador listado en la parte trasera de este folleto para que pueda obtener ayuda médica inmediatamente. Si es más que una lesión sencilla que requiere primeros auxilios, su empleador le dará un formulario de reclamación para que pueda describir la lesión y cómo, cuándo y dónde aconteció. Para archivar una reclamación, complete la sección de "Empleado" del formulario de reclamación, retenga una copia y vuelva el resto a su empleador. Su empleador entonces completará la sección de "Empleador," le dará una copia firmada y fechada del formulario, retendrá una copia y enviará una al administrador de reclamaciones, la compañía que es responsable de manejar su reclamación y notificarle acerca de su elegibilidad para beneficios.

Los beneficios no pueden comenzar hasta que el administrador de reclamaciones sepa de la lesión, así que reporte la lesión y archive el formulario de reclamación tan pronto como sea posible. La ley estatal requiere que dentro de un día laboral de recibir un formulario de reclamación los empleadores autorizan el tratamiento que sea consistente con las pautas de tratamiento que se aplican a la lesión. Los empleadores pueden ser responsables hasta por $10,000 de tratamiento hasta que se acepte o rechace una reclamación. Las demoras al informar pueden demorar los beneficios de la compensación de trabajadores y usted podría perder su derecho a beneficios si su empleador no sabe de la lesión dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la lesión. Si su lesión o enfermedad se desarrolla con el tiempo, informar tan pronto como usted sabe que fue causada por su trabajo. Para asegurar su derecho a beneficios, reporte toda lesión, por leve que sea, y solicite un formulario de reclamación si es que su lesión es más que una que simplemente requiere primeros auxilios

**Los Beneficios**

La ley de la compensación de trabajadores de California le garantiza tres clases de beneficios:

·Todo cuidado médico razonable y necesario de su lesión o enfermedad...

sin deducibles. Los beneficios médicos pueden incluir tratamiento por un

doctor, servicios de hospital, pruebas de laboratorio, radiografías, terapia

física, medicinas, equipamiento médico, y de transporte hacia y desde las

citas. Los servicios médicos en compensación de trabajadores están

sujetos a autorización por necesidad médica, y hay límites en el número de

visitas para quiropráctica, terapia física y terapia ocupacional.

·Pagos libres de impuestos para ayudar a reemplazar sueldos perdidos

Mientras usted está incapacitado temporalmente. Se hacen pagos

adicionales si la lesión tiene como resultado una incapacidad permanente

o la muerte.

·Si su lesión o enfermedad causa incapacidad permanente que le impide

regresar a trabajar y su empleador no le ofrece trabajo apropiado

modificado o alternativo, usted puede calificar para beneficios

suplementarios de desplazo de empleo. Este es un vale no transferible de

hasta $6,000para reentrenamiento relacionado con la educación y/o

mejora de destrezas en escuelas aprobadas por el estado, y otros

servicios y recursos para ayudarle a volver a trabajar.

**Pagos de Beneficios**

·***Cuidado Médico:*** Todas las facturas médicas por tratamiento razonable y

necesario serán pagados directamente por el administrador de reclamaciones,

así que usted nunca debería ver una cuenta. El nombre y el número de teléfono

del administrador de reclamaciones están al final de este folleto y están

anunciados en su lugar de trabajo.

·***Incapacidad Temporal:*** Si usted no puede trabajar por más de tres días,

inclusive fines de semana, usted tiene derecho a pagos temporales de

incapacidad (TD) para ayudar a reemplazar sus sueldos perdidos. Después de

unas dos semanas de informar la lesión, usted obtendrá un cheque del

administrador de reclamaciones. Usted continuará recibiendo cheques de TD

cada dos semanas después de eso hasta que el doctor le diga que puede volver

a trabajar, o que su condición médica es “permanente y estacionaría.”

(No se le pagarán los primeros tres días, sin embargo, a menos que usted esté

hospitalizado como un paciente interno o que no pueda trabajar por más de 14

días.) La cantidad de estos cheques será dos tercios de su sueldo promedio,

sujeto a mínimos y máximos fijados por la legislatura del estado.

Probablemente no será la cantidad completa de su cheque de pago regular,

pero no se le harán deducciones y los pagos son libres de impuestos. Bajo la

ley estatal, los pagos por TD no se pueden extender por más de 104 semanas

compensables dentro de cinco años de la fecha de la lesión, o por más de 240

semanas dentro de cinco años de la fecha de la lesión para algunas lesiones de

largo plazo tales como quemaduras severas o enfermedad pulmonar crónica. Si

alcanza el período máximo para la recepción de pagos de TD antes de

regresar al trabajo o antes de que su condición médica convierte en

permanente y estacionaria, es posible que usted puede obtener beneficios de

Incapacidad Estatal por medio del Departamento del Desarrollo del Empleo de

California (EDD). También es posible que usted puede obtener estos beneficios

si su TD se retrasa o se le niega. Hay limitaciones de tiempo, sin embargo, por

lo que en contacto con el EDD al 1-800-480-3287 o www.edd.ca.gov para

obtener información sobre cuándo y cómo aplicar.

·***Incapacidad Permanente:*** Si su lesión o enfermedad resulta en una pérdida

permanente de la función física o mental que un médico puede medir, usted

puede recibir pagos permanentes de incapacidad. La cantidad depende del

informe del doctor, cuánta de la incapacidad permanente fue causada

directamente por su trabajo, y factores tales como su edad, ocupación, tipo de

lesión y la fecha de la lesión. Las cantidades mínimas y máximas son fijadas por

la ley del estado, y varían según la fecha de la lesión, pero si usted tiene una

incapacidad permanente, su administrador de reclamaciones le enviará

una carta que le explique cómo se calculó el beneficio. En general, la cantidad

total se fija en una cantidad semanal extendida por un número fijo de semanas.

El primer pago es pagadero dentro de 14 días después del pago temporal final

de incapacidad, o si usted no estaba recibiendo incapacidad temporal. 14 días

después de que su doctor dice que su condición es permanente y estacionaria.

Después de eso, el beneficio se pagará cada 14 días hasta que usted alcance el

máximo o que llegue a un acuerdo de su caso y reciba una cantidad global.

·***Beneficios por Muerte:*** Si la lesión o enfermedad causa la muerte, los pagos

pueden ser hechos a las personas que dependían económicamente de usted.

Estos beneficios los fija la ley del estado y la cantidad depende del número de

dependientes y la fecha de la lesión. Por lo general, los pagos se hacen a la

misma tasa de los pagos temporales de incapacidad sin embargo, ningún pago

será menos de $224 por semana. La compensación de trabajadores también

proporciona una concesión de entierro.

·***Beneficio Suplementario de Desplazo de Empleo****:* Si el administrador de

reclamaciones recibe el informe de un médico que usted se ha recuperado

tanto como sea posible, y que usted tiene una incapacidad permanente, dentro

de los 60 días que puede recibir un formulario con una oferta de trabajo

regular, modificado o alternativo de su empleador. Si 60 días después de

recibir el informe del médico, su empleador no le ha ofrecido trabajo regular,

modificado o alternativo, el administrador de reclamos tiene 20 días para

proporcionarle un beneficio suplementario de desplazo de empleo. Este

beneficio tiene un valor de hasta $6,000 que se puede usar para la

reconversión profesional en una escuela acreditada del Estado, los libros,

herramientas requeridas, licencia y las cuotas de certificación, u otros

recursos que pueden ayudarle a encontrar un nuevo empleo. Hay límites sobre

cuánto puede gastar en algunos artículos, pero si usted califica, usted recibirá

información sobre los tipos de gastos están cubiertos, los límites, requisitos de

documentación y los plazos para el uso de este beneficio.

**Otros Recursos**

La compensación de trabajadores a veces se confunde con el Seguro de Incapacidad del Estado (SDI). Son semejantes, pero hay diferencias importantes. El seguro de compensación de trabajadores cubre lesiones y enfermedades en el trabajo y se paga enteramente por su empleador. Por otro lado, SDI cubre lesiones o enfermedad fuera del trabajo, y se paga por deducciones de su cheque de pago. Si usted no está recibiendo beneficios de compensación de trabajadores, puede ser capaz de obtener beneficios Estatales por Incapacidad. Para información, llame a la oficina local del Departamento del Desarrollo del Empleo del estado listado en las páginas del gobierno de su libro telefónico, o aprende más en [www.edd.ca.gov/disability/](http://www.edd.ca.gov/disability/).

Si usted recibe un vale para el beneficio suplementario de desplazo de empleo, usted puede calificar para dinero adicional del Programa Suplementario de Regreso al Trabajo (RTWSP). Este programa es administrado por el Departamento de Relaciones Industriales de California así que si usted califica, un cheque será emitido a usted por el Estado y no por el administrador de reclamaciones porque esto no es un beneficio de compensación de trabajadores. Para información sobre la elegibilidad y cómo aplicar, visite la sección de Programa Suplementario de Regreso al Trabajo (RTWSP) en el sitio web del Departamento de Relaciones Industriales de California (www.dir.ca.gov/RTWSP/RTWSP.html) o contacto la oficina local de información y ayuda de la División Estatal de Compensación de Trabajadores (DWC) que está listada en el reverso de este folleto.

**Si Tiene Preguntas**

…pregunte a su supervisor o al representante del empleador. O comuníquese con el administrador de reclamaciones de compensación de trabajadores (el nombre y número de teléfono están listada al reverso de este folleto, y se anuncia en su lugar de trabajo). Información para los trabajadores lesionados también está publicada en el sitio web de la DWC en www.dwc.ca.gov. Además, usted puede contactar un oficial de información y asistencia de la División de Compensación para Trabajadores del Estado (DWC). Los oficiales de información y asistencia están disponibles sin ningún costo para responder a preguntas, repasar problemas y proporcionar información escrita adicional acerca de la compensación de trabajadores. La oficina local está listada al final de este folleto y se anuncia en su lugar de trabajo, y en las páginas blancas del libro telefónico bajo Oficinas de Gobierno del Estado/Relaciones Industriales/Compensación de Trabajadores. Para obtener una lista de todas las oficinas de información y asistencia en todo el estado, o para escuchar información grabada, llame (800) 736-7401.

**Más Acerca del Cuidado Médico**

El cuidado médico bueno es importante -- para usted, su familia y su empleador. El tratamiento médico de calidad es la manera más rápida hacia la recuperación.

·Si se necesita cuidado médico de emergencia, llame 911 inmediatamente o vaya

a la sala de emergencia del hospital más cercano.

·Para la atención médica no de emergencia notifique a su supervisor y vaya a la

clínica o al oficina del doctor que aparece en la cartel de compensación para

trabajadores en su lugar de trabajo. Si es más que una lesión sencilla que

necesite sólo primeros auxilios, pida a su empleador un formulario de

reclamación.

·Para cerciorarse que sus cuentas médicas se paguen y que usted obtenga

todos sus beneficios, complete la sección de "Empleado" del formulario de

reclamación y devuélvalo a su empleador tan pronto como sea posible. Los

empleadores deben notificar al administrador de reclamaciones y autorice

tratamiento médico a más tardar un día laborable después de recibir un

formulario de reclamación, así es que obtenga una copia del formulario de

reclamación firmada y fechada de su empleador y reténgala con todo el

otro papeleo relacionado a su reclamación.

·Su administrador de reclamaciones hará arreglos para que el cuidado médico

que sea consistente con las pautas de tratamiento que se aplican a la lesión. El

doctor puede ser un especialista para su tipo de lesión, y estará familiarizado

con los requisitos de compensación de trabajadores e informará

inmediatamente para que sus beneficios se pueden pagar.

·Es posible que su empleador use una MPN, lo cual es una red de proveedores de

asistencia médica seleccionados para dar tratamiento a los trabajadores

lesionados en el trabajo. Si es así, información sobre cómo ponerse en

contacto con la MPN será al final de este folleto y se indica en el cartel de la

compensación de los trabajadores en su sitio de trabajo. También puede

solicitar su empleador para información sobre cómo usar el MPN, visite el sitio

web de la MPN o llamar al número de teléfono de la MPN que aparece en este

folleto y en el cartel de compensación de trabajadores.

·El médico que va a desarrollar su plan de tratamiento y supervise el cuidado de

su lesión o enfermedad es su "médico primario de tratamiento" (PTP). Su PTP

también coordinará cualquier tratamiento que usted recibe de otros

proveedores de servicios médicos. Los servicios médicos en compensación de

los trabajadores están sujetos a autorización por necesidad médica y deben

ser consistente con las pautas de tratamiento indicado para el tipo de lesión. Si

se determina que un servicio médico que fue solicitado por su médico no es

médicamente necesario, usted recibirá información sobre cómo apelar esa

decisión, pero si decide apelar, no se demore porque tienes un tiempo limitado

para apelar.

·El PTP también decidirá cuándo puede volver al trabajo, y puede revisar su

descripción de trabajo con usted y su empleador para definir las limitaciones o

restricciones que pueda tener cuando vuelva a trabajar. Para una lesión grave,

el PTP escribirá informes sobre cualquier incapacidad permanente o la

necesidad de cuidado médica en el futuro.

·Usted puede ser tratado por su médico personal inmediatamente si en la fecha

de su lesión laboral usted tiene cobertura de atención médica para las lesiones

y enfermedades no laborales; el doctor lo ha tratado a usted anteriormente,

tiene su historial médico, y ha acordado por adelantado tratarlo por cualquier

lesión o padecimiento de trabajo, y usted le dio a su empleador el nombre y la

dirección del doctor por escrito antes de la lesión. Esto se llama un

“designación previa de médico personal.” Si usted decide designar su

médico personal, el doctor de debe ser alguien que a limitado su práctica de la

medicina a practica general o que es un internista, pediatra, obstetra-

ginecólogo, o médico familiar certificado por una junta; o usted puede

predesignar a un grupo de especialidades de doctores de medicina u osteopatía

(M.D. o D.O.) que proporciona servicios médicos completos principalmente para

lesiones y enfermedades no-ocupacionales. Usted puede usar formulario 9783

de la DWC (Designación Previa de Médico Personal) incluida en este folleto para

darle a su empleador la información necesaria. Usted puede usar formulario

9783.1 de la DWC (Noticia de Quiropráctico Personal o Acupuntor Personal)

para nombrar a un quiropráctico o acupuntor personal, pero se aplican reglas

diferentes, y usted tendrá que ver a un doctor seleccionado por el empleador

primero.

·Si su empleador usa una Red de Proveedores Médicos (MPN), pero usted

designó a su médico personal antes de la lesión, puede recibir tratamiento

inmediatamente de ese doctor. Si su empleador usa una MPN pero usted no

designó a su médico personal antes de la lesión, un doctor de la red por lo

general será su PTP por la duración del tratamiento. Por otro tratamiento que

la atención de emergencia, el administrador de reclamaciones le dirigirá a un

doctor de la MPN para su primera visita médica, aunque usted puede optar por

ser tratado por otro doctor en la red en cualquier momento después de su

primera visita. Si usted quiere cambiar a un quiropráctico o acupuntor,

incluyendo un quiropráctico o acupuntor personal nombrado antes de lesión, él

o ella debe estar en la red. Hay reglas diferentes que se aplican cuando su

empleador ofrece una Organización de Cuidado Médico (HCO) o si tiene una

MPN. Si su empleador usa una MPN o una HCO, su empleador le proporcionará

información adicional acerca de los derechos de la red bajo su plan.

·Generalmente, si usted no está cubierto por una MPN y usted no designó a su

médico personal antes de la lesión, puede cambiar a su propio doctor 30

días después de que la lesión se reporte. Si usted quiere cambiar doctores

antes de eso, su administrador de reclamaciones le dará una lista de

doctores de los cuales escoger.(Se aplican reglas diferentes si usted es

miembro de una HCO, así que consulte con su administrador de

reclamaciones si ese es el caso.) Si usted quiere cambiar de doctor por

cualquier razón, escoja a su doctor detenidamente, y si usted quiere

consejo acerca de especialistas, hable con su ajustador de reclamaciones.

Ellos tiene tanto interés como usted en su pronto recuperación y que

regrese al trabajo y le ayudará a obtener un doctor diferente.

·En todo caso, informe su elección al ajustador de reclamaciones en cuanto

usted la haga para que paguen sus cuentas para usted. Aún las lesiones

menores pueden necesitar cuidado experto. El cuidado médico pronto es la

mejor inversión que usted y su empleador pueden hacer.

Cuando Sucede una Lesión o Enfermedad en el Trabajo…

1. Si necesita atención médico de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de

emergencias más cercana en un hospital.

2. Reporte lesiones inmediatamente a su supervisor o representante del

empleador al (831) 459-2850. Para atención médica que no sea de

emergencia, vaya a la clínica o la oficina del doctor se indica abajo y en el

cartel de compensación para los trabajadores en su lugar de trabajo, o su

empleador le puede aconsejar sobre dónde ir para recibir tratamiento. A su

empleador también se le requiere proporcionarle un formulario de

reclamación a más tardar un día hábil de saber de su lesión, así es que

asegure sus derechos a beneficios reportando toda lesión, no importa que

tan pequeña y solicite un formulario de reclamación si es más que una simple

lesión que necesite primeros auxilios.

Su empleador debe notificar al administrador de reclamaciones y autorizar

tratamiento médico a más tardar un día hábil de recibir su formulario de

reclamación. Cualquier tardanza en reportar una lesión puede retrasar sus

beneficios de compensación de trabajadores y es posible que usted podría

perder su derecho a beneficios si su empleador no sabe de su lesión dentro

de los 30 días siguientes a la fecha de la lesión. Si su lesión o enfermedad se

desarrolla con el tiempo, informar tan pronto como usted sabe que fue  
 causada por su trabajo. Si se determina que un servicio médico que fue

solicitado por su médico no es médicamente necesario, usted recibirá

información sobre cómo apelar esa decisión, pero si decide apelar, no se

demore porque tiene un tiempo limitado para apelar. Si se le niega su

reclamación o otros beneficios, usted tiene derecho a retar la decisión en la

junta de apelaciones de compensación de trabajadores (WCAB), pero existen

tiempos límite para archivar los papeles necesarios, así es que no se

demore.

3. Llame al administrador de reclamaciones o al representante de su

empleador si tiene preguntas o problemas. Es ilegal que un empleador le

despida o discrimine contra simplemente porque usted archiva, piensa

archivar, finiquite una reclamación de compensación de trabajadores, o

porque testifique para un compañero de trabajo que

fue lesionado. Si usted prueba esta clase de discriminación, usted tendrá

derecho que se le reinstale en su empleo con los sueldos perdidos y

beneficios aumentados, más los costos y gastos hasta un máximos fijados

por la legislatura estatal.

**Número De Teléfono De Emergencia:** Llame al 911 para una ambulancia, el departamento de bomberos, policía, o para la atención médica de emergencia de un doctor u hospital. Para atención médica que no es de emergencia, comuníquese con su empleador, y vaya a:

**Doctor/Clinica:** UrgencyMED, (831) 704-3030; 140 Summa Court, Aptos, CA 95003

**Asegurador de Compensación de Trabajadores:** Sedgwick CMS

Marque si es que la Compañía Está Auto Asegurada

**Administrador de Reclamos:** Sedgwick CMS

Teléfono: (800) 225-2998; P.O. Box 14533, Lexington, KY 40512

**Si su empleador tiene una MPN, puede usar la siguiente información de contacto para obtener más detalles:**

Página web de la MPN: \_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de vigencia de la MPN: \_\_\_\_\_\_

Número de identificación del MPN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ayuda para localizar un médico en el MPN, llame a la asistente MPN Acceso al:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si tiene preguntas o problemas relacionado con la MPN, llame a la persona de contacto en la MPN al: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hay ayuda e información gratis disponible al comunicarse con el oficial de información y ayuda de la División de Compensación de Trabajadores en la oficina local listada abajo. Usted puede escuchar información grabada y obtener una lista de oficinas locales llamando al (800) 736-7401, o puede obtener información escrita adicional acerca de la compensación de trabajadores yendo al sitio del web de la División de Compensación de Trabajadores en el www.dwc.ca.gov.

Oficina de Información y Ayuda DWC

Dirección: 1880 N. Main Street, Suite 100

Ciudad: Salinas, CA 93906

Teléfono: (831) 443-3060

Forma Opcional

|  |
| --- |
| **DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PERSONAL**  En caso de que usted sufra una lesión o enfermedad relacionada su empleo, usted puede recibir tratamiento médico por esa lesión o enfermedad de su médico personal (M.D.), médico osteópata (D.O.) o grupo médico si:  • en la fecha de su lesión laboral usted tiene cobertura de atención médica para  lesiones o enfermedades no laborales;  • el médico es su médico regular, que será un médico que ha limitado su práctica  médica a medicina general o un internista certificado o elegible para serlo,  pediatra, ginecólogo-obstetra, o médico de medicina familiar y que previamente  ha estado a cargo de su tratamiento médico y tiene su expediente médico;  • su "médico personal" puede ser un grupo médico si es una corporación o  sociedad o asociación compuesta de doctores certificados en medicina u  osteopatía, que opera un grupo médico multidisciplinario integrado que  predominantemente proporciona amplios servicios médicos para lesiones y  enfermedades no laborales;  • antes de la lesión su médico está de acuerdo a proporcionarle tratamiento  médico para su lesión o enfermedad de trabajo;  • antes de la lesión usted le proporcionó a su empleador por escrito lo siguiente:  (1) notificación de que quiere que su médico particular lo trate para una lesión o  enfermedad laboral y (2) el nombre y dirección comercial de su médico  personal.  Puede usar este formulario para notificarle a su empleador si usted desea que su médico personal o médico osteópata lo trate para una lesión o enfermedad de trabajo y que los requisitos mencionados arriba se cumplan.    **AVISO DE DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PERSONAL**  **Empleado: Rellene esta sección.**  A: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nombre del empleador)    Si sufro una lesión o enfermedad laboral, yo elijo recibir tratamiento médico de:  (Nombre del Médico)(M.D., D.O., o grupo médico):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Número de Teléfono):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre del Empleado (en letras de molde, por favor): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección del Empleado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre de Compañía de Seguros, Plan, o Fondo proporcionando cobertura médica para lesiones o enfermedades no laborales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del Empleado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Médico: Estoy de acuerdo con esta Designación Previa:**  Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Médico o Empleado designado por el Médico o Grupo Médico)    El médico no está obligado a firmar este formulario, sin embargo, si el médico o empleado  designado por el médico o grupo médico no firma, será necesario presentar documentación sobre el consentimiento del médico a ser designado previamente de acuerdo al Código de Reglamentos de California, Título 8, sección 9780.1(a) (3). |

Titulo 8, Código de Reglamentos de California, sección 9783.

(FORMULARIO 9783 DE LA DWC (7/2014)

**Nota al empleado:** A menos que un empleado convenga, ni el empleador ni el administrador de reclamaciones puede comunicarse con su médico personal para confirmar un designación previa de médico personal [CCR 9780.1(f)]. Si

su médico no firmó arriba, la otra documentación sobre el consentimiento del médico a ser designado previamente antes de lesión será requerida. Si usted conviene que después de recibir esta forma el empleador o administrador de reclamaciones puede comunicarse con el doctor para confirmar el médico designación previa, firme abajo:

Firma del empleado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Identificación del Empleado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Note to Physician:** California workers’ compensation medical services are subject to utilization review for medical necessity; reporting requirements; and the California Official Medical Fee Schedule. The following optional information may assist communication and facilitate the authorization, reporting, recordkeeping and payment processes. **Nota al Médico**: Los servicios médicos en el sistema de la compensación de los trabajadores de California están sujetos a revisión de la utilización por necesidad médica; requisitos de informes; y los honorarios gobernados por la Lista Médica Oficial de Honorarios de California. La información opcional siguiente puede asistir a la comunicación y facilitar la autorización, divulgando, mantenimiento de registros y procesos del pago:

Office Manager/Billing Contact/Nombre(s) del Director de la Oficina/Contacto de Cobros:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telephone Number / Número de Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mailing Address if different from street address/ Dirección de envío (si es diferente de dirección de calle): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fax:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email/Correo electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Physician License Number / Número de la licencia del médico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Physician Tax I.D. Number / Número de contribuyente del médico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

§9783.1 Formulario 9783.1 de la DWC:

Aviso de Quiropráctico Personal o Acupuntor Personal

|  |
| --- |
| **NOTICIA DE QUIROPRÁCTICO PERSONAL O ACUPUNTOR PERSONAL**  Si su empleador o la compañía de seguros de su empleador no tiene una Red de Proveedores Médicos establecida, es posible que pueda cambiar su médico que lo atiende a su quiropráctico o acupuntor personal después de una lesión o enfermedad laboral. Para tener derecho a hacer este cambio, usted debe antes de la lesión o enfermedad darle por escrito a su empleador el nombre y la dirección comercial de un quiropráctico o acupuntor personal. Generalmente, su administrador de reclamos tiene el derecho de elegir al médico que le proporcionará el tratamiento dentro de los primeros 30 días después de que su empleador sabe de su lesión o enfermedad. Después de que su administrador de reclamos haya iniciado su tratamiento con otro médico durante este tiempo, usted puede, bajo petición, transferir su tratamiento a su quiropráctico o acupuntor personal.  **AVISO:** Si la fecha de su lesión es durante o después del 1 de enero, 2004, un quiropráctico no puede ser su médico que lo atiende después de que haya recibido 24 consultas quiroprácticas a no ser que su empleador ha autorizado consultas adicionales por escrito. El término "consulta quiropráctica" significa cualquier consulta en un consultorio quiropráctica, sin importar si los servicios cumplidos conllevan manipulación quiropráctica o se limitan a evaluación y manejo. Una vez que haya recibido 24 consultas quiroprácticas, si aún necesita tratamiento médico, usted tendrá que escoger un nuevo médico que no se quiropráctico. Esta prohibición no se aplicará a consultas por medicina física pos-quirúrgica prescrita por el cirujano o médico designado por el cirujano, bajo el componente pos-quirúrgica basan en un componente de una programa de utilización para tratamiento posquirúrgica del Catálogo de Utilización de Tratamientos Médicos o MTUS de la División de Compensación de Trabajadores.    Puede usar este formulario para notificarle a su empleador sobre su quiropráctico o acupuntor personal.  **Información sobre su Quiropráctico o Acupuntor:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Nombre del quiropráctico o acupuntor)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Dirección , ciudad, estado, código postal)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Número de teléfono)    Nombre del Empleado (en letras de molde por favor):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección del Empleado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del Empleado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Titulo 8, Código de Reglamentos de California, sección 9783.1. (Formulario 9783.1 Opcional de la DWC Vigente a partir del 1 de julio, 2014)

**Nota al empleado:** Un quiropráctico personal debe ser su quiropráctico regular, licenciado (D.C.) que dirigió su tratamiento quiropráctico en el pasado y mantiene sus registros quiroprácticos incluyendo su historia quiropráctica. Un acupuntor personal debe ser su acupuntor regular, licenciado (L.Ac.) que dirigió su tratamiento acupuntura en el pasado y mantiene sus registros acupunturas incluyendo su historia acupuntura.

Si su empleador tiene una red de proveedores médicos (MPN), usted puede transferir solamente a un quiropráctico o acupuntor personal dentro del MPN. Se aplican reglas diferentes si usted es un miembro de una Organización del Cuidado de Salud (HCO), así que consulte con su empleador o administrador de reclamaciones si ése es el caso.

**El FRAUDE DE LA COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES ES UN DELITO MAYOR**

Cualquier persona que hace o que causa que se haga a sabiendas cualquier declaración falsa o fraudulenta importante con el propósito de obtener o negar beneficios o pagos de compensación de trabajadores es culpable de un delito mayor y puede ser multado y encarcelado.

Esta información está traducida al inglés. Para conseguir una copia, por favor escriba a CWCI, 1333 Broadway, Suite 510, Oakland, CA 94612.

La información en este folleto ha sido aprobada por el Director Administrativo de la División de Compensación de Trabajadores.

Preparado y publicado como un servicio a la comunidad por

el Instituto de Compensación de Trabajadores (CWCI)

California Workers’ Compensation Institute

1333 Broadway, Suite 510, Oakland, CA 94612

www. cwci.org

Notice of Copyright: This pamphlet is copyrighted by the California Workers’ Compensation Institute (CWCI) and is intended solely for the use of Institute customers. The Institute retains all rights to its publication. Any duplication, reprinting, electronic posting, electronic redistribution, or resale of this pamphlet is a violation of copyright and is strictly prohibited.

Copyright 2015. California Workers' Compensation Institute. All rights reserved. Rev. 9/15