

Una guía para trabajadores lesionados recientemente en el trabajo

¿Cómo presento un reclamo?

- Notifique a su empleador acerca de su lesión o enfermedad en el trabajo lo más pronto posible.
- Pida a su empleador que le dé la **Forma 801, "Reporte de Lesión o Enfermedad en el Trabajo"** y llénela.
- Pregunte a su empleador el nombre de su compañía de seguro de compensación para trabajadores.
- Busque atención médica de un proveedor médico (health care provider) **de su elección** y dígale a su proveedor que se lesionó en el trabajo. Su empleador no puede elegir el proveedor médico por usted.
- Su doctor le pedirá que llene la **Forma 827, "Reporte del Trabajador y Médico para Reclamación de Compensación para Trabajadores."**

¿Cómo obtengo tratamiento médico?

- Usted puede recibir tratamiento médico de un proveedor médico **de su elección**, incluyendo:
 - Enfermeras(os) practicantes autorizadas(os)
 - Quiroprácticos
 - Médicos
 - Naturistas
 - Cirujanos Orales
 - Médicos Osteopáticos
 - Asistentes de doctor
 - Podólogos
 - Otros proveedores médicos
- La compañía de seguros puede inscribirlo en una organización de manejo del cuidado médico (MCO) en cualquier momento. Si la compañía lo hace, usted recibirá más información acerca de las opciones para tratamiento médico.

Si no puedo trabajar, ¿recibiré pagos por salario perdido?

- Es posible que no pueda trabajar debido a su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Para que usted pueda recibir pago por tiempo fuera del trabajo, su proveedor médico debe enviar una autorización escrita a la aseguradora.
- Generalmente, los tres primeros días calendarios, usted no recibirá pagos por tiempo perdido.
- Es posible que reciba pago por los tres primeros días calendarios, si usted no puede trabajar por 14 días consecutivos, o pasa una noche en el hospital.
- Si su reclamación es negada dentro de los primeros 14 días, no se le pagará por ningún salario perdido.
- Mantenga informado a su empleador acerca del estado de la reclamación y coopere con los esfuerzos que se hagan para que regrese a trabajar en un trabajo modificado o liviano.

¿A quién puedo llamar si tengo preguntas acerca de mi reclamación?

- La compañía de seguros o su empleador puede responder a sus preguntas.
- También puede llamar a los siguientes números:

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: Representate para trabajadores lesionados

Número gratuito: 1-800-927-1271

Email: oiw.questions@state.or.us

Línea de información de compensación para trabajadores:

Consultores de Beneficios

Número gratuito: 1-800-452-0288

Email: workcomp.questions@state.or.us

- **Los proveedores de cuidado médico pueden tener limitaciones en cuanto a la duración de su tratamiento y en cuanto a poder autorizar pago por tiempo fuera del trabajo. Pregunte a su proveedor médico cuales son las limitaciones que puedan aplicarse.**
- **Si su reclamación es negada, es posible que usted tenga que pagar por su tratamiento médico.**

Empleador

Complete el resto de este formulario y entregue una copia del formulario al trabajador. Notifique a SAIF Corporation dentro del periodo de cinco días después de enterarse de la reclamación. Incluso si el trabajador no desea presentar una reclamación, conserve una copia de este formulario.

29. Nombre Jurídico del empleador: Employer legal business name:		30. Teléfono: Phone:		31. FEIN: FEIN:	
32. Si es una compañía que arrienda trabajadores, coloque el nombre comercial del cliente: If worker leasing company, list client business name:				33. FEIN del cliente: Client FEIN:	
				35. N° de póliza de seguro: Insurance policy no.:	
34. Dirección del lugar principal de negocio (no casilla postal): Address of principal place of business (not P.O. box):				37. Naturaleza del negocio en el que se supervisa/supervisó al trabajador: Nature of business in which worker is/was supervised:	
36. Dirección del lugar donde se supervisa/supervisó al trabajador: Street address from which worker is/was supervised:			Código postal: ZIP:		
38. Dirección concalle, ciudad y estado en donde ocurrió el suceso: Street address, city, and state where event occurred:					
39. ¿La lesión fue ocasionada por una máquina o producto, o por una persona distinta al trabajador lesionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Was injury caused by failure of a machine or product, or by a person other than the injured worker?				40. Código de clase: Class code:	
41. ¿Se lesionaron otros trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Were other workers injured?		42. ¿La lesión ocurrió durante el transcurso y alcance del trabajo? <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Did injury occur during course and scope of job? Unknown		43. N° expediente de OSHA 300: OSHA 300 log case #:	
44. Fecha en que el empleador se enteró de la reclamación: Date employer knew of claim:		45. Salario semanal del trabajador: Worker's weekly wage: \$		46. Fecha en que se contrató al trabajador: Date worker hired:	
47. Si ocurrió una fatalidad, fecha de la muerte: If fatal, date of death:				49. Si volvió a un trabajo modificado, ¿es a horas periódicas y salario normal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No If returned to modified work, is it at regular hours and wages?	
48. Concición de vuelta al trabajo: <input type="checkbox"/> No volvió <input type="checkbox"/> Regular Fecha: <input type="checkbox"/> Modificado Fecha: Return-to-work status: Not returned Regular Date: Modified Date:					
50. Firma del empleador: Employer signature:		51. Nombre, título y teléfono (por vavor en letra imprenta): Name, title, and phone (please print):			52. Fecha: Date:

Requisitos de OSHA: Se debe informar sobre las fatalidades y catástrofes ocurridas en el trabajo a OR-OSHA dentro del periodo de ocho horas. Informe a OR-OSHA sobre todo accidente que resulte en una hospitalización durante la noche dentro del periodo de 24 horas. Llame al (800) 922-2689, (503) 378-3272, o a Respuesta a Emergencias de Oregon al (800) 452-0311, en las noches y fines de semana.

OSHA requirements: On the job fatalities and catastrophes must be reported to OR-OSHA within eight hours. Report any accident that results in overnight hospitalization within 24 hours to OR-OSHA. Call (800) 922-2689, (503) 378-3272, or Oregon Emergency Response (800) 452-0311, on nights and weekends.