

Informe de Lesión de Empleado

El empleado lesionado debe llenar detalladamente y por completo éste formulario y firmarlo.

| Información de Empleados | | | |
|--|---|--|--|
| Nombre completo | | | |
| Empleador | | Lugar del accidente | |
| No. de seguro social (últimos 4 dígitos) XXXX-XX- | Fecha de nacimiento | Departamento en el que labora | |
| Domicilio (Calle, Ciudad, Estado, Condado, C.P.) | | Nombre de supervisor | |
| Teléfono donde se le puede localizar | | Puesto de trabajo cuando ocurrió la lesión | |
| Fecha de contratación | Antigüedad en puesto actual _____ Años _____ Meses | | |

| Detalles de la lesión | | |
|---|------------------------------|-----------------------------------|
| Fecha de la lesión | Hora de la lesión AM / PM | Fecha de inicio de la incapacidad |
| ¿En qué parte de su trabajo ocurrió la lesión? | | |
| Describa detalladamente cómo ocurrió su lesión | | |
| ¿Qué equipo de seguridad usaba cuando ocurrió el incidente? | | |
| ¿Qué se puede hacer para evitar este tipo de lesión en el futuro? | | |
| ¿Cuándo identificó la lesión por primera vez? | | |

| | |
|--|---------------------|
| ¿Cuándo informó por primera vez de la lesión a su supervisor? | |
| ¿Qué parte de su cuerpo se lesionó? | Describa la lesión. |
| En el diagrama a continuación, por favor marque con un círculo la parte o partes de su cuerpo en las que presenta dolor por esta lesión. | |
| | |
| ¿Alguien presencié el incidente? Escriba los nombres de los testigos. | |
| ¿Alguien más resultó lesionado en este incidente? Escriba los nombres de cualquier otro lesionado. | |
| En el incidente que ocasionó su lesión, ¿hubo daños a la propiedad o a los equipos? Describa los daños. | |

- ✓ **Declaro que la información aquí presentada es correcta y verdadera.**
- ✓ **Comprendo que la falsificación de información con respecto a una lesión laboral puede castigarse con alguna medida disciplinaria o demanda judicial de acuerdo con las Leyes Penales Estatales.**
- ✓ **Por medio del presente formulario, autorizo que los registros médicos relacionados con el incidente aquí descrito sean compartidos con mi empleador, su agente o compañía de seguros.**

| | | |
|------------------------------|--------------------|-------|
| Nombre Completo Del Empleado | Firma Del Empleado | Fecha |
|------------------------------|--------------------|-------|

- ✓ **I certify that the above employee has acknowledged to me that he/she understood all questions and signed and dated this form in my presence this date.**

| | | |
|-----------------------------|-------------------|-------|
| Nombre Completo Del Testigo | Firma Del Testigo | Fecha |
|-----------------------------|-------------------|-------|

| | | |
|--------------------------------|----------------------|-------|
| Nombre Completo Del Supervisor | Firma Del Supervisor | Fecha |
|--------------------------------|----------------------|-------|

Autorización de HIPAA

Revelación de Información de Salud Protegida (PHI)

Yo, _____, (Nombre) _____, (Fecha de Nacimiento) _____, (No. Seguro Social) autorizo la revelación de mi información de salud protegida* como aquí se describe. Entiendo que esta autorización es voluntaria y se hace de acuerdo a mi dirección. Entiendo que las persona(s) u organización(es) que yo autorizo para recibir mi información de salud protegida no están sujetas a las leyes federal y estatal de la información de privacidad**, la revelación posterior de esas persona(s) u organización(es) no puede ser protegida por tal leyes.

Autorizo a las persona(s) y/u organización(es) a revelar mi información de salud protegida (como se abajo se especifica):

- ✓ Todos los proveedores de cuidado de salud que me han proporcionado atención médica

Autorizo a las siguientes persona(s) y/u organización(es) a recibir mi información de salud protegida según lo establecido por las persona(s) y/u organización(es) mencionadas arriba.

- ✓ Claims Administrative Services, Inc.
P.O. Box 7500, Tyler, Texas 75711
- ✓ Texas Department of Insurance - Division of Workers' Compensation
7551 Metro Center Drive, Suite 100, Austin, Texas 78744-1609
- ✓ Otros: _____

Descripción específica de información de salud protegida que yo autorizo su revelación:

- ✓ Uno o todos los registros relacionados con mi salud, incluyendo historial médico, consultas, exámenes médicos, recetas de medicamentos, diagnósticos, pruebas médicas, reportes or tratamientos médicos.
 - ✓ Aún más autorizo específicamente la revelación de notas de psicoterapias, si las hay.
1. El propósito de requerir esta información es para el uso de la compañía de seguros para evaluar, ajustar, describir o reportar asuntos acerca mi salud a las personas con derecho a recibir esta información.
 2. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier tiempo, excepto cuando las persona(s) y/u organización(es) arriba mencionadas hayan ya tomado acción relacionada con esta autorización.
 3. Entiendo que el tratamiento y pago por mi tratamiento no están condicionados a mi acuerdo de esta autorización.
 4. Entiendo que la revelación de información de salud protegida a una institución sin cobertura, tiende invalidar su protección.
 5. Entiendo que mi consentimiento expreso para revelar cualquier información de salud requiere, lo relacionado con mi salud, pruebas médicas, diagnósticos y/o tratamiento para VIH (virus del SIDA), enfermedades de transmisión sexual, trastorno psiquiátrico, mental o adicción a las drogas y/o alcoholismo. Si he sido examinado, diagnosticado o tratado para VIH (virus del SIDA), enfermedades de transmisión sexual, trastorno psiquiátrico, mental o adicción a drogas o alcoholism, usted debe especialmente autorizar la revelación de esta información relacionada con tales diagnosticos, pruebas o tratamiento médico.
 6. Esta autorización expira en un año a partir de la fecha de dicha autorización, o en la fecha que mi reclamo de compensación para trabajadores es finalmente cerrado, o cualquiera que ocurra primero.

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización. Doy fe que esta autorización es verdad y lo que aquí se asienta es correcta de mi intención de permitir el revelado de mi PHI como se describe en esta autorización.

| | | |
|-----------|-----------------------------|---------------------|
| Firma | Fecha | |
| Nombre | | |
| Dirección | | |
| Teléfono | No Seguro Social XXX-XX- | Fecha de Nacimiento |

Información de salud protegida ("PHI") es información de salud creada or recibida por un proveedor de cuidado de salud, plan de salud, o un centro de salud que se relaciona con 1) el pasado, presente o futuro estado de salud (físico o mental) del individuo, 2) proveer atención médica al individuo, o 3) los pagos pasados, presentes o futuros por la atención médica al individuo. Para estar protegido, la información debe estar en cierta forma que identifique al individuo o proporcionar bases razonables para que la información pueda indentificar al individuo. 45 C.F.R. 164.508 **Estas leyes se aplican a planes de salud, proveedores de cuidado de salud y a centros de salud.



OFFICE OF INJURED EMPLOYEE COUNSEL

NORMAN DARWIN, PUBLIC COUNSEL

AVISO SOBRE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES PARA LOS EMPLEADOS LESIONADOS EN EL SISTEMA DE COMPENSACION PARA TRABAJADORES DE TEXAS

En Texas, como empleado lesionado, usted tiene derecho a recibir ayuda gratis por parte de la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel - OIEC, según su nombre y siglas en inglés). La ayuda se ofrece en las oficinas locales en todo el estado. Las oficinas locales también ofrecen otros servicios del sistema de compensación para trabajadores del Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance - TDI, según su nombre y siglas en inglés). TDI es la agencia estatal que administra el sistema por medio de la División de Compensación para Trabajadores.

- ✓ Para comunicarse con la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado llame gratis al 1-866-EZEOIEC (1-866-393-6432). Para más información, visite el sitio electrónico: www.oiec.state.tx.us
- ✓ Para comunicarse con la División de Compensación para Trabajadores llame gratis al 1-800-252-7031. Para más información sobre la División de Compensación para Trabajadores, visite el sitio electrónico: <http://www.tdi.state.tx.us/wc/indexwc.html>

SUS DERECHOS EN EL SISTEMA DE COMPENSACION PARA TRABAJADORES DE TEXAS

1. Usted puede tener derecho a recibir beneficios. Usted puede tener derecho a recibir beneficios sin importar quien tuvo la culpa de su lesión, con ciertas excepciones, tales como:
 - ✓ Si se encontraba en estado de ebriedad en el momento que ocurrió la lesión.
 - ✓ Si se lesionó usted mismo a propósito o cuando estaba tratando de lesionar a otro.
 - ✓ Si su lesión fue causada por otra persona por razones personales.
 - ✓ Si resultó lesionado por un acto de Dios.
 - ✓ Si su lesión ocurrió por estar jugueteando.
 - ✓ Si su lesión ocurrió cuando usted voluntariamente participaba en una actividad de recreación, social o atlética fuera de su empleo.
2. Usted tiene derecho a recibir atención médica para tratar la lesión o enfermedad relacionada con su trabajo. No hay un marco de tiempo límite para recibir la atención médica, siempre y cuando sea médicamente necesaria y en conexión a la lesión relacionada con su trabajo..
3. Para escoger a un médico tratante:
 - ✓ Si usted pertenece a una Red de Servicios Médicos de Compensación para Trabajadores - red - (Workers' Compensation Health Care Network, según su nombre en inglés) tiene que escoger a su médico de la lista de médicos tratantes en la red.
 - ✓ Si no pertenece a una red, usted puede escoger a cualquier médico que esté dispuesto a tratar su lesión de compensación para trabajadores.
 - ✓ Si usted es empleado de una subdivisión política (por ejemplo: una ciudad, condado, distrito escolar) tiene que hacer lo indicado por los reglamentos para escoger al médico que lo va a tratar. Es importante que usted siga todos los reglamentos del sistema de compensación para trabajadores. Si no sigue estos reglamentos, usted podría ser responsable por el pago de las cuentas médicas.
4. Usted tiene derecho a contratar a un abogado en cualquier momento para que lo ayude con su reclamo.
5. Usted tiene derecho a recibir información y ayuda gratis de la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado.
 - ✓ El personal de OIEC está a su disposición para contestar sus preguntas y explicarle sus derechos y responsabilidades. Llame gratis al 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432) o visite la oficina local de la División de Compensación para Trabajadores/Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado.

6. **Usted tiene derecho a recibir ayuda por parte de un ombudsman si no cuenta con un abogado, en caso que se haya programado un procedimiento de resolución de disputas.** Un ombudsman es un empleado de la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado. Los ombudsman están entrenados en las funciones de compensación para trabajadores y proveen ayuda gratis a los empleados lesionados que no cuentan con la representación de un abogado. Por lo menos, en cada oficina local se encuentra un ombudsman para ayudarlo con la conferencia para revisión de beneficios (benefit review conference - BRC, según su nombre y siglas en inglés), la audiencia para disputar beneficios (contested case hearing - CCH, según su nombre y siglas en inglés) y la apelación. Sin embargo, un ombudsman no puede firmar documentos en nombre suyo, hacer decisiones por usted o darle asesoramiento legal.
7. **Usted tiene derecho a que la información sobre su reclamo se mantenga confidencial.** En la mayoría de los casos, el contenido del expediente de su reclamo no puede ser obtenido por otros. Algunas participantes del caso tienen derecho a saber lo que contiene el expediente de su reclamo, por ejemplo: su empleador o la compañía de seguros de su empleador. También, puede ser que un empleador que está considerando contratarlo pueda obtener información limitada sobre su reclamo de la División de Compensación para Trabajadores.

SUS RESPONSABILIDADES EN EL SISTEMA DE COMPENSACION PARA TRABAJADORES DE TEXAS

1. **Usted tiene la responsabilidad de avisarle a su empleador si se ha lesionado en el curso y amplitud de su empleo.** Usted debe informar a su empleador dentro de 30 días a partir de la fecha en que sucedió su lesión o a partir de la fecha en que supo que la lesión o enfermedad estaba relacionada con su trabajo.
2. **Usted tiene la responsabilidad de saber si pertenece a una Red de Servicios Médicos de Compensación para Trabajadores (red).** Si no sabe si usted pertenece a una red, pregúntele al empleador para quien estaba trabajando en el momento que sufrió la lesión. Si pertenece a una red, usted tiene la responsabilidad de seguir los reglamentos de dicha red. Su empleador debe darle una copia de los reglamentos de TDI para las redes. Lea los reglamentos cuidadosamente. Si hay algo que no entiende pregúntele a su empleador o llame a la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado. Si desea presentar una queja contra la red, llame a la Línea de Ayuda al Consumidor de TDI, al 1-800-252-3439 o presente su queja electrónicamente en <http://www.tdi.state.tx.us/consumer/complfrm.html#wc>
3. **Si usted estaba trabajando para una subdivisión política (por ejemplo: una ciudad, condado, distrito escolar) en el momento que sufrió la lesión, usted tiene la responsabilidad de informarse sobre como recibir tratamiento médico..** Es requerido que su empleador le proporcione la información que necesita para que determine cual proveedor de servicios médicos puede darle el tratamiento para la lesión relacionada con su trabajo.
4. **Usted tiene la responsabilidad de decirle a su médico como sufrió la lesión y si la lesión está relacionado con su trabajo.**
5. **Usted tiene la responsabilidad de llenar y enviar el formulario de reclamo (DWC-41) a la División de Compensación para Trabajadores.** Usted cuenta con un año para enviar este formulario a partir de la fecha en que usted se lesionó o a partir de la fecha en que supo que su enfermedad estaba relacionada con su trabajo. Llene y envíe el formulario DWC-41 aún si usted ya está recibiendo beneficios. Usted podría perder su derecho para recibir beneficios si no envía el formulario a la División de Compensación para Trabajadores. Para pedir una copia del formulario DWC-41 llame al 1-800-252-7031 o al 1-866-393-6432.
6. **Usted tiene la responsabilidad de proporcionar a la División de Compensación para Trabajadores y a la compañía de seguros su domicilio actual, número telefónico y los datos de su empleador.**
7. **Usted tiene la responsabilidad de avisarle a la División de Compensación para Trabajadores y a la compañía de seguros cada vez que tenga un cambio en el estado de su empleo o salario.** Algunos ejemplos:
 - ✓ Si deja de trabajar debido a su lesión.
 - ✓ Comienza a trabajar.
 - ✓ Le ofrecen un trabajo.

Prescripciones: Primer formulario



Favor de llenar la información del empleado y entregue una copia al su empleado para que la lleve a cualquier farmacia junto con la receta médica. Oferta por día se limita a 7 días para cualquier lesión nueva.

| | |
|---|-----------|
| Nombre del Empleador | |
| Nombre del Empleado | |
| No. de Grupo | 10602583 |
| Identificación del Miembro (No. Seguro Social) | |
| Fecha de Lesión | |
| Procesador | myMatrixx |
| Numero de BIN | 014211 |
| Firma del Empresario | |
| No. de Teléfono del Empleado | |
| Fecha | |

EMPLEADO

CAS se a unido con myMatrixx para facilitar la reclamación de recetas médicas. Este documento sirve como tarjeta temporal para recetas médica. La tarjeta permanente de recetas médica con información de su lesión le será enviada a usted en los siguientes 3 a 5 días hábiles.

- ✓ Favor de llevar ésta carta y su receta médica a la farmacia más cercana a usted. myMatrixx tiene una red de más de 60,000 farmacias nacionalmente. Si necesita asistencia en encontrar una farmacia cerca de usted, llame gratis a myMatrixx al (877) 804-4900.
- ✓ SI SU MEDICINA LE FUE NEGADA EN LA FARMACIA FAVOR HABLE AL (877) 804-4900

FARMACIA

- ✓ Favor de obtener la información arriba especificada del empleado, si no ha sido llenada el empleador, para procesar la receta médica de la lesión laboral únicamente. El documento sólo es valido si está firmado y fechado por el empleador mencionado arriba.
- ✓ Para preguntas o rechazos favor llamar a (877) 804-4900. Favor de no mandar al paciente a su casa o hacer que éste pague por las medicinas, antes de llamar primero a myMatrixx for assistance.