



Instrucciones para el Reporte de Lesión Industrial o Enfermedad Ocupacional del Empleador

Departamento de Labor e Industrias

Este formulario es utilizado por el empleador y el trabajador para aplicar para beneficios de compensación al trabajador bajo el fondo estatal del Departamento de Labor e Industrias. Si L&I acepta el reclamo las cuentas médicas serán pagadas y si no puede trabajar, se pagará una porción del salario perdido. L&I tomará en cuenta cada sección de este formulario antes de tomar una decisión.

- **Use un bolígrafo, presione fuertemente y escriba claramente.** Responda a cada pregunta completamente. Sin la información completa los beneficios pueden retrasarse. Si necesita adjuntar páginas adicionales, asegúrese de escribir el número de reclamo en cada página.
- **Describa el accidente o la exposición a la enfermedad ocupacional detalladamente.** Si se lesionó un brazo en una caída indique cuál brazo y describa cómo ocurrió la caída.

Mantenga sus documentos circulando sin complicaciones

- **Usted puede solicitar ayuda a su empleador o un proveedor de servicios de salud calificado que usted elija para presentar su reclamo.**
- **Ayúdenos a calcular correctamente los beneficios de tiempo perdido a los que puede tener derecho.** Reporte su estado civil y el número de dependientes. Esté listo para presentar documentos para comprobar su información.
- **Déjenos saber si tenía más de un trabajo con salario al momento de la lesión.**
- **Elija a un proveedor de servicios de salud.** Usted puede elegir a cualquier proveedor de servicios de salud que esté calificado para atender su condición y que esté localizado convenientemente. Los proveedores de servicios de salud calificados incluyen general, osteópata, quiropráctico, homeopático y proveedores de servicios de salud de podiatría, dentistas, optometristas y oftalmólogos. Los practicantes registrados de enfermería avanzada y los asistentes de médico también pueden proporcionar tratamiento.
- **Lleve el formulario que completó con su empleador al proveedor de servicios de salud. El proveedor de servicios de salud le enviará al departamento la porción médica del formulario.**
- **Manténgase en contacto con su empleador y con su proveedor de servicios de salud.** Si su proveedor de servicios de salud indica que usted no puede trabajar infórmele a su empleador. Es posible que el/ella encuentren un trabajo que usted pueda hacer sin peligro mientras se recupera.
- **Infórmenos si cambia de dirección o de proveedor de servicios de salud.**
- **No pague las cuentas médicas incurridas** a menos que le informemos que su reclamo fue rechazado. Si una farmacia requiere que usted pague antes, mantenga los recibos para que podamos reembolsarle el pago si su reclamo es aceptado.
- **Mantenga su número de reclamo a la mano.** Está impreso en toda la correspondencia que le enviamos.

Avisos legales:

- **Información falsa:** La ley RCW 51.48.020 subdivisión (2) indica lo siguiente: Cualquier persona que solicite beneficios bajo este título e intencionalmente dé información falsa en un reclamo o aplicación bajo este título será culpable de un delito grave de Clase C cuando dicho reclamo o aplicación consista de una cantidad de quinientos (\$500) o más. Cuando dicho reclamo o aplicación consista de una cantidad menor de \$500, la persona que dé esa información será culpable de un delito menor grave.
- **Divulgación de información médica:** La ley RCW 51.36.060 indica lo siguiente: Toda información médica en posesión o control de una persona y relevante a una lesión

particular que en la opinión del departamento esté relacionada con un trabajador cuya lesión o enfermedad ocupacional es la base de un reclamo estará disponible bajo este título en cualquier etapa del proceso, para el **empleador**, el **representante del reclamante** y el **departamento** al solicitarlo y ninguna persona incurrirá en ninguna responsabilidad por haber entregado esta información.

- **Divulgación del número de seguro social:** No es obligatorio proporcionar su número de seguro social; se solicita como parte de su aplicación para compensación bajo el Capítulo 51.28 RCW y será utilizado para facilitar el manejo de su reclamo bajo el Título 51 RCW.

Información de reclamos de L&I

Línea de fácil acceso: 1-800-831-5227

Línea de ayuda para información: 1-800-547-8367

Información en Internet: www.lni.wa.gov

Cómo obtener ayuda

Llame a cualquier oficina local de L&I. Estas se encuentran en el directorio telefónico local bajo Labor e Industrias del Estado de Washington.

ABERDEEN	EAST WENATCHEE	MOSES LAKE	SPOKANE	VANCOUVER
BELLINGHAM	EVERETT	MT VERNON	TACOMA	YAKIMA
BREMERTON	KENNEWICK	PORT ANGELES	TUKWILA	
COLVILLE	LONGVIEW	SEATTLE	TUMWATER	

En Internet, en el sitio seguro Centro de información de reclamos y cuentas (Claims and Account Center)

Obtenga la información más actualizada y completa de su reclamo en el Centro de información de reclamos y cuentas: www.ClaimInfo.LNI.wa.gov

Revise el estado actual de una lesión en el sitio de trabajo

- Revise los documentos del reclamo, reportes médicos y las notas de L&I sobre el reclamo
- Verifique si se ha enviado un cheque de tiempo perdido
- Revise si L&I ha autorizado el tratamiento o pagado una cuenta

Envíe información a L&I, usted puede:

- Enviar un mensaje seguro
- Si está sin trabajar o está regresando a trabajar, actualizar su estado de trabajo
- Protestar una decisión de su reclamo
- Cambiar la dirección y el teléfono del trabajador

NOTA: Los reclamos de compensación a los trabajadores de las empresas autoaseguradas y los reclamos de víctimas de crimen no están disponibles en el Centro de información de reclamos y cuentas.

Informe de Lesión o Enfermedad Ocupacional

Idioma Preferido (Marque con círculo): inglés español ruso coreano chino vietnamita camboyano otro:

ESCRIBA CON LETRAS DE MOLDE EN FORMA LEGIBLE

1. Nombre (Primero, segundo, apellido)
2. Sexo Masculino o Femenino
3. Número de seguro social
4. Teléfono residencial
5. Fecha de nacimiento (mes, día, año)
6. Dirección residencial
Ciudad Estado Código postal
7. Estatura en pies y pulgadas
8. Peso en libras
9. Dirección postal (si es diferente a la dirección residencial) (número y calle o número de apartado postal)
10. Estado civil Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Soltero(a) Divorciado(a)
Es posible que se requiera que usted presente prueba de su estado civil o dependientes
11. Niños dependientes. Incluya niños no nacidos aún, estimando las fechas de nacimiento. Los beneficios serán basados, en parte, en el número de niños dependientes legales. Si no tiene custodia legal, complete el número 13.
Nombre Parentesco con el trabajador Custodia legal (Sí No) Fecha de nacimiento (mes, día, año)
12. Cónyuge (Nombre)
13. Nombre y dirección del tutor legal de los niños
14. Fecha de la lesión o última exposición ocupacional (mes/día/año)
15. Hora de la lesión (AM o PM)
16. Turno de trabajo (Día Variable Noche)
17. ¿Ha recibido tratamiento por una condición similar o igual? (Sí No)
18. ¿Fue esta lesión causada por un incidente específico? (Sí No)
19. Describa que parte del cuerpo se lesionó o cómo fue expuesto. (Incluya herramientas, maquinaria, sustancias químicas o humos que pudieran haber estado involucrados)
20. ¿Estaba haciendo su trabajo normal? Sí No
21. ¿Dónde ocurrió la lesión o exposición a una condición dañina? Propiedad del empleador Sitio de trabajo Otro
22. Dirección donde ocurrió la lesión o exposición
Nombre del negocio si ocurrió allí
Dirección Condado
Ciudad Estado Código postal
23. Escriba el nombre de los testigos
24. ¿Cuándo regresará a trabajar?
25. ¿Cuándo fue la última vez que trabajó?
26. ¿Reportó el incidente a su empleador? (Nombre y título de la persona a quien lo reportó) Sí No
27. Fecha en que lo reportó.
28. ¿Cuánto tiempo ha trabajado allí? Años Meses Semanas Días
29. ¿Cuántos trabajos con sueldo tiene?
30. Firma. **Nota: Lea las notificaciones legales en la última página**
Yo hago constar que estas declaraciones son verdaderas a mi leal saber y entender. Al firmar este formulario, autorizo a médicos, hospitales o clínicas a proporcionar los reportes médicos hechos por ellos u otros al Departamento de Labor e Industrias.
Fecha de hoy (mes-día-año)