

Dept. of Labor and Industries  
 Claims Section  
 PO Box 44291  
 Olympia WA 98504-4291  
 FAX (360) 902-6100

Dept. of Labor and Industries  
 Self Insurance  
 PO Box 44892  
 Olympia WA 98504-4892  
 FAX (360) 902-6900

# APLICACIÓN PARA REABRIR UN RECLAMO

## INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Complete la parte que le corresponde en  
su TOTALIDAD para acción inmediata

## DEBIDO AL EMPEORAMIENTO DE LA CONDICIÓN

Número del reclamo

**Importante:**

Solamente use este formulario si su condición médica ha empeorado y su reclamo ha estado cerrado por más de 60 días. 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. Por favor escriba su número de reclamo arriba. Usted recibirá información sobre su aplicación de reapertura dentro de 90 días después de que el departamento haya recibido la aplicación de reapertura. Si usted sufre una **nueva** lesión en el trabajo, complete un nuevo formulario de Reporte de Lesión Industrial o Enfermedad Ocupacional en vez de esta aplicación.

1. Nombre (primero, medio, apellido)			2. ¿Cambió de nombre desde que se cerró el reclamo? <span style="float: right;">Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span> Si marcó sí, indique su nombre anterior		
3. No. de teléfono de la casa.		4. No. de seguro social (para identificación solamente)			
5. Dirección del domicilio actual			6. Dirección postal (si es diferente a la dirección de la casa)		
7. Ciudad	Estado	Código postal	8. Ciudad	Estado	Código postal
8a. Prefiero que mi correspondencia vaya a mi representante Nombre:			Dirección <span style="float: right;">Estado <input type="checkbox"/> Código postal <input type="checkbox"/></span>		
9. Fecha de la lesión original		10. Empleador en la fecha de la lesión original			
11. ¿Cuáles son sus condiciones físicas actuales?			12. Fecha de cierre del reclamo		13. ¿Fecha en que empeoró su condición después del cierre del reclamo?
14. Nombre completo del proveedor que le brindó tratamiento al cerrarse el reclamo			15. ¿Qué partes de su cuerpo están afectadas por esta lesión/enfermedad?		
16. ¿Ha sufrido nuevas lesiones o enfermedades desde la fecha en que se cerró el reclamo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es sí, explique.			17. ¿Empeoró su condición debido a otra lesión o accidente ya sea en o fuera del trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si marcó sí, explique.		
18. ¿Ha recibido tratamiento médico para esta condición desde el cierre del reclamo? Si marcó sí, indique el/los nombre(s) y dirección(es) del/los proveedor(es) de tratamiento.			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
19. Proveedor médico		Número de teléfono		20. Proveedor médico	
Dirección				Número de teléfono	
Ciudad		Estado		Código postal + 4	
Dirección				Dirección	
Ciudad		Estado		Código postal + 4	
21. ¿Ha aplicado usted para o está recibiendo cualquiera de estos beneficios? (marque la(s) casilla (s) correcta(s))		22. ¿Está usted trabajando? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si no, ¿Por qué?		23. Fecha en que dejó de trabajar	
Desempleo <input type="checkbox"/>		Jubilado <input type="checkbox"/>		Despedido <input type="checkbox"/>	
Permiso por enfermedad <input type="checkbox"/>		Incapacitado para trabajar <input type="checkbox"/>		Dejo de trabajar <input type="checkbox"/>	
Asistencia pública <input type="checkbox"/>		¿Hay otro seguro de compensación industrial? (por ejemplo, Trabajadores del puerto (Longshore harbor workers), Ley Jones (Jones Act), Ferrocarril (Railroad) <input type="checkbox"/>		Si es aplicable, explique	
Beneficios de retiro <input type="checkbox"/>					
Seguro por discapacidad <input type="checkbox"/>					
24. Empleador actual o último			28. ¿Qué otros empleos y títulos de trabajo ha tenido usted desde que se cerró su reclamo?		
Dirección			Número de teléfono		
Ciudad			Estado		
			Código postal+4		
25. Su título y deberes de trabajo					
26. Tipo de negocio					
27. ¿Por cuánto tiempo ha trabajado para este empleador?					
<b>AVISO:</b> Las personas que hagan declaraciones falsas para obtener beneficios de seguro industrial estarán sujetas a cargos civiles y/o criminales bajo la ley. Certifico que a mi entender, la información es correcta y verdadera. 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.					Dept. use only
Fecha de hoy		Firma del reclamante <b>X</b>			

**CONTINUE PARA INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR**

## INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR (complete el formulario en su TOTALIDAD)

Por favor complete este formulario y envíelo al Departamento de Labor e Industrias. Este nos permitirá determinar si la condición médica actual es causada por el empeoramiento de la lesión anterior relacionada con el trabajo. 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 una nueva lesión. 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 aplicación de reapertura.** Por favor envíela por correo a la dirección apropiada en el reverso. No adjunte facturas a este formulario.

1. Por favor describa los síntomas actuales del paciente.

2. ¿Cuál fué la PRIMERA fecha después del cierre del reclamo en la que atendió al paciente por estos síntomas? 3. ¿Son los síntomas el resultado de esta lesión industrial o enfermedad ocupacional?  
 Sí  No

4a. 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 rechazo. **Adjunte los resultados de los exámenes.**

4b. ¿En qué información se basó para hacer la comparación para confirmar el empeoramiento? (marque una casilla)

- Proveedor al cerrarse el reclamo  Comunicación con el proveedor anterior  
 Revisión del archivo médico anterior  Otro:

5. ¿La condición actual del paciente le impide trabajar? 6. Fecha inicial de la discapacidad actual  
 Sí  No  Si su respuesta es sí, haga un estimado del número de días sin trabajar:

7a. Describa las limitaciones físicas y/o restricciones que le impiden trabajar al paciente. Por favor proporcione la base para su opinión.

7b. ¿Puede el paciente regresar a trabajar con tareas modificadas o diferentes (trabajo liviano, trabajo sedentario o trabajo de tiempo parcial temporal).

8. Indique todos los factores médicos que puedan impedir o influenciar la recuperación del paciente.

9. ¿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

10. Diagnóstico de la condición encontrada en el examen.

## ICD Códigos de diagnóstico

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre del proveedor médico (en letra imprenta)

No. de teléfono

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal+4

Fecha de hoy

No. de proveedor médico. /  
NPI#

Firma del proveedor médico

X

**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 aplicación de reapertura para sus archivos*