



**FORMULARIO DE
 RESTRICCIONES LABORALES
 DEL ASEGURADOR**

Self-Insured Claims: Contact the Self Insured Employer (SIE)/Third Party Administrator (TPA)*/Para reclamos con empresas autoaseguradas: comuníquese con el empleador autoasegurado (SIE) o con el Administrador de Terceros (TPA)

Billing code/Código para cobro: 1073M (Guidance on back) / (guía en la parte de atrás)

Reminder: Send chart notes and reports to L&I or to SIE/TPA as usual / **Recuerde:** Envíe las hojas clínicas y reportes a L&I o a SIE/TPA

General Info/ Información General	Worker's Name/Nombre del trabajador lesionado:	Visit Date/Fecha de visita:	Claim Number/Número del reclamo:
	Health-care Provider's Name <i>printed</i> /Nombre del doctor en letra de molde:	Date of Injury/Fecha de la lesión:	Diagnosis/Diagnóstico:

Required: Released for work? (Check at least one) Requerido: ¿Dado de alta para trabajar? (marque por lo menos uno)	<input type="checkbox"/> Worker is released to the job of injury without restrictions as of (date):/ El trabajador puede regresar al trabajo donde se lesionó sin restricciones desde (fecha) el: ____/____/____ Skip to "Plans" section below/Vea la sección, "Planes"
	<input type="checkbox"/> Worker may perform modified duty , if available, from (date): /El trabajador puede desempeñar trabajo modificado si está disponible desde ____/____/____ to/hasta ____/____/____ <input type="checkbox"/> Worker may work limited hours :/ El trabajador puede trabajar horas limitadas : _____ hours - day from (date) / horas - días desde (fecha) ____/____/____ to/hasta ____/____/____ <input type="checkbox"/> Worker is working modified duty or limited hours /El trabajador está trabajando trabajo modificado u horas limitadas Please estimate capacities below <u>and</u> provide key objective findings at right. / Por favor haga un estimado de las habilidades e indique los resultados objetivos principales abajo.
	<input type="checkbox"/> Worker not released to any work / El trabajador no ha sido dado de alta para ningún trabajo from (date/fecha) / desde ____/____/____ to/ hasta ____/____/____ <input type="checkbox"/> Prognosis poor for return to work at the job of injury at any date / El pronóstico no es bueno para regresar a trabajar en ninguna fecha en el trabajo donde ocurrió la lesión <input type="checkbox"/> May need assistance returning to work / Es posible que necesite asistencia para regresar a trabajar Capacities apply 24/7, please estimate capacities below <u>and</u> provide key objective findings at right. / Las habilidades se aplican 24 horas, siete días a la semana, por favor haga un estimado de las habilidades abajo <u>y</u> proporcione los resultados objetivos principales abajo.

Capacity duration (estimate days): 1-10 11-20 21-30 30+ permanent

Duración de la habilidad (haga un estimado de los días): 1-10 11-20 21-30 30+ permanente

Required: Estimate what the worker can do unless released to JOI Requerido: Estime lo que el trabajador puede hacer a menos que se le dé de alta en el trabajo en que se lesionó	Worker can (Related to work injury): El trabajador PUEDE (Relacionado con la lesión): Blank space = Not restricted Espacio en blanco = sin restricción	<i>Those left blank are not restricted Las casillas dejadas en blanco no tienen restricciones</i>				
		Never Nunca	Seldom 1-10% Rara vez 1-10% 0-1 hour/hora	Occasional/ Ocasionalmente 11-33% 1-3 hours/horas	Frequent 34-66% Frecuentemente 34-66% 3-6 hours/horas	Constant 67-100% Constantemente 67-100% Not restricted/sin restricción
Sit /Sentarse						
Stand/Walk Pararse/caminar						
Climb (ladder/stairs) Subir (escalera/escalones)						
Twist/torsión						
Bend/Stoop Doblarse/inclinarse						
Squat/Kneel agacharse/arrodillarse						
Crawl Gatear						
Reach Left, Right, Both Extenderse (izquierda, derecha, ambos)						
Work above shoulders L,R,B Trabajar más arriba del nivel de los hombros I, D, A						
Keyboard L,R,B Teclear I, D, A						
Wrist (flexion/extension) L, R,B <i>Muñeca (flexión/extensión)</i> I, D,A						
Grasp (forceful) L, R, B Agarrar (con fuerza) I, D, A						
Fine Manipulation L, R, B Manipulación fina I, D, A						
Operate foot controls L, R, B Operar controles con los pies I, D, A						
Vibratory tasks, low impact L,R,B Tareas con vibraciones, bajo impacto I, D, A						
Vibratory tasks; high impact L,R,B Tareas con vibraciones; alto impacto I, D, A						

Note: Weights indicated below are in kilograms, not pounds (1 kg. = 2.2 lbs.)
Aviso: Los pesos indicados abajo se miden en kilogramos, no en libras (1 kg = 2.2 libras)

Lifting/Pushing Levantando/empujando	Never Nunca	Seldom Rara vez	Occasionally Ocasionalmente	Frequent Frecuentemente	Constant Constantemente
<i>Example/Ejemplo</i>	<u> 50 </u> kg	<u> 20 </u> kg	<u> 10 </u> kg	<u> 0 </u> kg	<u> 0 </u> kg
Lift L, R, B Levantar I, D, A	___ kg	___ kg	___ kg	___ kg	___ kg
Carry L, R, B Cargar I, D, A	___ kg	___ kg	___ kg	___ kg	___ kg
Push/Pull / Empujar/Jalar	___ kg	___ kg	___ kg	___ kg	___ kg

Required/Requerido: Key Objective Finding(s) / Resultado(s) médicos objetivos principales

Other Restrictions/Instructions / Otras restricciones/Instrucciones:
Employer notified of restrictions? / ¿Se le notificó al empleador de las restricciones? Y / N / Sí/No Date notified/Fecha de notificación: ___/___/___ Modified duty/Trabajo modificado: <input type="checkbox"/> Available/Disponible <input type="checkbox"/> Not available /No disponible Notes/Notas:
Note to Claim Manager: / Aviso para el gerente del reclamo:
New diagnosis: _____ Nuevo diagnóstico: _____ Opioids prescribed for: <input type="checkbox"/> Acute pain or <input type="checkbox"/> Chronic pain Opiáceos recetados por: <input type="checkbox"/> Dolor agudo o <input type="checkbox"/> Dolor crónico

Plans Planes	Worker progress/Progreso del trabajador: <input type="checkbox"/> As expected / better than expected / Como se esperaba/mejor de lo que se esperaba <input type="checkbox"/> Slower than expected. <i>Address in chart notes/ Más despacio de lo esperado indicado en las hojas clínicas</i> Current rehab/ Rehabilitación actual: <input type="checkbox"/> PT/Terapia física <input type="checkbox"/> OT/Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Home exercise/ Ejercicios en casa <input type="checkbox"/> Rest / Reposo <input type="checkbox"/> Other/Otro _____ Surgery / Cirugía: <input type="checkbox"/> Indicated/planned/ Indicada/planeada <input type="checkbox"/> Not indicated / No indicada <i>Comments/Comentarios:</i>
-------------------------	---

Plans Planes	<input type="checkbox"/> Next scheduled visit is/ La próxima cita es: ___/___/___ <input type="checkbox"/> None, treatment concluded, Max. Medical Improvement (MMI) /Ninguna, tratamiento concluído, Mejoría Médica Máxima (MMI) Any permanent partial impairment?/ ¿Hay alguna discapacidad permanente? <input type="checkbox"/> Yes, please attach/ Sí, por favor adjunte <input type="checkbox"/> No If not, will you refer for a rating consultation?/ Si es no, ¿Lo refirieron a una consulta para clasificación de la discapacidad? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Care transferred to:/ Transferencia del cuidado a: _____ <input type="checkbox"/> Study pending:/ Estudio pendiente: _____ <input type="checkbox"/> Consultation scheduled with:/ Es necesaria una consulta con: _____
-------------------------	---

Sign Firma	Signature / Firma: _____ Phone number / número de teléfono (____)____-____ Date/fecha ___/___/___ <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> ARNP/Enfermera registrada avanzada <input type="checkbox"/> PA-C Doctor must co-sign unless released to job of injury without restrictions.) /Médico Asistente (el doctor debe firmar a menos que se le de alta para regresar al trabajo donde se lesionó sin restricciones) <input type="checkbox"/> Copy of APF given to worker (to show it to employer) <input type="checkbox"/> Talking points (on back) discussed with worker Se le ha dado copia del formulario APF al trabajador Otros temas (en la parte de atrás) para discutir con el trabajador (para mostrar al empleador)
-----------------------	--

State Fund Claims/Reclamos del Fondo Estatal: Fax to claim file/Envíe por fax al archivo del reclamo . 360-902-4566

Self-Insured Claims/ Reclamos con empleadores autoasegurados: For a list of /Para una lista de SIE/TPAs, go to/vaya a: www.lni.wa.gov/download/Selfins/Rpt4097D.txt

Instructions for using this form (English)

▪

<p>To be paid for this form, health-care providers must:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Submit this form:<ul style="list-style-type: none">• With reports of accident when there are work related physical restrictionsOR• When requested by the insurer. <ol style="list-style-type: none">2. Complete all relevant sections of the form.3. Send chart notes and reports, as usual.	<p>Important notes</p> <ul style="list-style-type: none">• Use this form to communicate work status, activity restrictions, and treatment plans.• This form will also certify timeloss compensation, if appropriate.• Occupational and physical therapists, office staff, and others will not be paid for working on this form.• To learn how to complete this form, go to www.activityRX.Lni.wa.gov
---	---

Suggestions for talking with an injured worker:

Research shows that returning to normal activity as soon as safely possible after injury reduces the likelihood of long-term disability. Helping your patients develop expectations and goals for returning to work can improve their outcomes while protecting their incomes and benefits.

Here are some conversations that occupational injury and disease specialists recommend you have with your patients:

- **“Activity helps you recover.”** Explain that returning to some level of work and activity will help patients recover from common injuries faster than prolonged bed rest. Be sure patients understand the level of activity they can do at home and work. Emphasize what they can do.
- **“Some discomfort is normal when returning to activities after an injury.”** Discomfort from activity is different from pain that indicates a serious problem or setback.
- **“You can help with your own recovery.”** Make sure your patient understands that while you can help with pain and healing, they play an equally important role by following your instructions.
- **“You can protect yourself from re-injury.”** When musculo-skeletal injuries are involved, talk to patients about how changes in the way they move or do their jobs can prevent other injuries.

To review related research, go to www.LNI.wa.gov and type “Bibliographies” in the search box.

Thank you for treating this injured worker.

Instrucciones para usar este formulario (español)

<p>Para pagarle por completar este formulario el proveedor de cuidado de la salud debe:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Presentar este formulario: Con los reportes de accidente cuando hayan restricciones físicas relacionadas con el trabajo O<ul style="list-style-type: none">• Cuando lo solicite el asegurador.2. Complete todas las secciones relevantes del formulario.3. Envíe hojas clínicas y reportes como siempre.	<p>Notas importantes</p> <ul style="list-style-type: none">• Use este formulario para comunicar la situación de trabajo, restricciones de actividades y planes de tratamiento.• Este formulario también certificará compensación de tiempo perdido cuando sea apropiado.• No se le pagará a los terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas, personal de oficina u otros por trabajar en este formulario.• Para aprender cómo completar este formulario vaya a, www.activityRX.Lni.wa.gov (en inglés solamente).
---	--

Sugerencias para hablar con un trabajador lesionado:

Investigaciones demuestran que el regresar a una actividad normal con seguridad lo más pronto posible después de una lesión reduce la posibilidad de una larga discapacidad. Ayudar a que sus pacientes desarrollen expectativas y metas para regresar a trabajar puede mejorar los resultados mientras protegen sus ingresos y beneficios.

Estas son algunas conversaciones que los especialistas en lesiones y enfermedades ocupacionales recomiendan que usted tenga con su paciente:

- **“La actividad lo ayuda a recuperarse.”** Explíque que el regresar a algún nivel de trabajo y actividad le ayudará a los pacientes a recuperarse de lesiones comunes más rápido que el descanso prolongado en cama. Asegúrese que los pacientes entiendan el nivel de actividad que pueden hacer en casa y en el trabajo. Haga énfasis en lo que pueden hacer.
- **“Tener cierta molestia es normal al regresar a actividades después de una lesión.”** Tener molestia después de una actividad es diferente al dolor que indica una problema serio o una recaída.
- **“Usted puede ayudar con su propia recuperación”:** Cerciórese de que su paciente entienda que a pesar de que usted puede ayudarlo con el dolor y la recuperación ellos pueden tener un papel igualmente importante siguiendo sus instrucciones.
- **“Usted puede protegerse de una recaída.”** Cuando haya lesiones de los músculos y el esqueleto hable con su paciente sobre el cambio en la manera como ellos se mueven o hacen su trabajo para prevenir otras lesiones.

*Si usted desea revisar las investigaciones relacionadas vaya a www.LNI.wa.gov y escriba “Bibliographies” (Bibliografías) en la casilla para búsqueda.

Gracias por brindarle tratamiento a este trabajador.

Instructions for using this form (English) (For the doctor)

When should you use this form:

- **First:**
During your first visit with this injured worker
- **After:**
When there has been a change on the injured worker's work status, physical capacities or treatment plan. Surgeons must complete this form at least one time after the surgery.
- **Or, at the Claims manager request**

Suggestions for talking with injured workers:

Research shows that returning to normal activity as soon as safely possible after injury reduces the likelihood of long-term disability. These are some conversations that the occupational injury and disease specialists recommend you have with your patients:

- **Activity helps you recover.** Explain to the patient that returning to some level of work and activity will help patients recover from common injuries faster (than prolonged bed rest) such as back strains.
- **Discomfort from activity is different from pain that indicates a serious problem or setback.** Tell your patient that some discomfort is normal when returning to activities after an injury.
- **Follow the instructions on this form.** Use the front part of this form to show the worker the level of activity you are prescribing and how his restrictions apply to the activities in the home and at work.
- **The worker can help with his own recovery.** Make sure your patient understands that while you can help with pain and healing, he could have an equally important role by following your instructions.
- **The worker can protect himself from re-injury.** Particularly when musculoskeletal injuries are involved, talk to your patient about changes in the way they move or do their jobs to prevent other injuries.

To review related research, go to www.LNI.wa.gov and type in "Bibliographies" in the search box.

Thank you for treating this injured worker.

Instrucciones para usar este formulario (español) (para el doctor)

Cuando debe usar este formulario:

- **Primero:**
Durante su primera consulta con este trabajador lesionado
- **Después :**
Cuando ha habido un cambio en el estado de trabajo del trabajador, capacidades físicas o plan de tratamiento. Los cirujanos deben completar este formulario por lo menos una vez después de la cirugía.
- **O, cuando lo solicite un gerente del reclamo**

Sugerencias para hablar con un trabajador lesionado:

Investigaciones* han encontrado que cuando un trabajador lesionado regresa a trabajar lo más pronto posible se reduce la posibilidad de una larga discapacidad. Estas son algunas conversaciones que los especialistas en lesiones y enfermedades ocupacionales recomiendan que usted tenga con su paciente:

- ***La actividad lo ayuda a recuperarse:*** Hágale saber al paciente que el regresar a algún nivel de trabajo y actividad lo ayudará a recuperarse más rápido (que el descanso prolongado en cama) de lesiones comunes tales como las torceduras de la espalda.
- ***Tener molestia por una actividad es diferente a tener dolor lo cual indica un problema serio o una recaída.*** Dígale a su paciente que el tener cierta molestia es normal al regresar a actividades después de una lesión.
- ***Seguir las instrucciones de este formulario.*** Use la parte de adelante de este formulario para mostrarle al trabajador exactamente que nivel de actividad le está prescribiendo y cómo sus restricciones se aplican a las actividades tanto en el hogar como en el trabajo.
- ***El trabajador puede ayudar con su propia recuperación:*** Cerciórese de que su paciente entienda que a pesar de que usted puede ayudarlo con el dolor y la recuperación el puede tener un papel igualmente importante siguiendo sus instrucciones.
- ***El trabajador puede prevenir que esta lesión ocurra nuevamente.*** Particularmente cuando se refiere a las lesiones comunes de los músculos y el esqueleto hable con su paciente sobre el cambio en la manera como ellos se mueven o hacen su trabajo para prevenir otra lesión.

*Si usted desea revisar las investigaciones relacionadas vaya a www.LNI.wa.gov y escriba "Bibliographies" (Bibliografías) en la casilla para búsqueda.

Gracias por brindarle tratamiento a este trabajador.