

Investigations
PO Box 44277
Olympia WA 98504-4277

Teléfono: 1-866-324-3310, opción 3

Correo electrónico:

MentalHealthPrivacy@Lni.wa.gov

Sus derechos son:

Código Revisado de Washington, RCW 51.28.070

- 1) En virtud de las disposiciones de este título, la información que contienen los expedientes y registros de reclamo de los trabajadores que hayan sufrido accidentes se considerará confidencial y no estará abierta a la inspección pública (con excepción de los empleados públicos en cumplimiento de sus funciones oficiales). Sin embargo, los representantes del reclamante, ya sea una persona u organización, pueden revisar un expediente de reclamo o recibir información específica de este al presentar la autorización firmada del reclamante.
- 2) El reclamante puede revisar su expediente de reclamo si el director determina que, de conformidad con los criterios adoptados por norma, la revisión conviene a los intereses del reclamante.
- 3)
 - (a) Los empleadores o sus representantes debidamente autorizados pueden revisar cualquier expediente de sus propios trabajadores que hayan sufrido accidentes en relación con cualquier reclamo pendiente.
 - (b) Si el empleador o su representante debidamente autorizado divulgan la información de un expediente de reclamo respecto de una afección o un tratamiento de salud mental a cualquier persona que no sea un representante debidamente autorizado, el empleador estará sujeto a una sanción civil de mil dólares por cada vez que esto ocurra. El departamento debe investigar la queja y emitir un aviso de evaluación si determina que el empleador o su representante debidamente autorizado incumplieron esta subsección. La determinación podrá objetarse ante el departamento o apelarse ante Consejo de Apelaciones al Seguro Industrial. Cuando la orden sea definitiva, la suma adeudada se cobrará de acuerdo con [RCW 51.48.140](#) y [51.48.150](#) y se depositará en el fondo de pensión complementario.
- (4) Previa admisión de un reclamo, el departamento deberá asegurarse de que se notifique a los empleadores y trabajadores sobre sus derechos y responsabilidades conforme a esta sección.
- (5) Los médicos que traten o examinen a los trabajadores que soliciten beneficios conforme a este título o los médicos que brinden asesoramiento médico al departamento respecto de cualquier reclamo pueden, a criterio del departamento, inspeccionar los expedientes y registros de la reclamo de los trabajadores que hayan sufrido accidentes, y otras personas pueden encargarse de la inspección, a criterio del departamento, cuando dichas personas estén brindando asistencia al departamento durante cualquier etapa del procedimiento sobre cualquier asunto correspondiente a la administración de este título.

Cómo completar y enviar este formulario:

Si está completando este formulario para informar la divulgación de información de salud mental en nombre de un trabajador, complete las secciones 1, 3 y 4.

Si está completando este formulario para informar la divulgación de su información de salud mental, complete las secciones 2, 3 y 4.

Complete cada sección con la mayor cantidad de información posible. Si brinda más información, L&I (Labor e Industrias) podrá investigar mejor.

Puede enviar el formulario por correo a la dirección mencionada arriba o enviar un correo electrónico a MentalHealthPrivacy@Lni.wa.gov.

Sección 1: completar si envía el formulario en nombre de un trabajador

Su nombre completo		Fecha	
Su dirección actual		Ciudad	Estado Código postal
Número de teléfono residencial		Número de teléfono celular	
¿Habla inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál es su idioma de preferencia para todas las comunicaciones con Labor e Industrias?		
¿Cuál es su método de comunicación de preferencia? <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo electrónico		Dirección de correo electrónico actual	
Nombre del trabajador		Número de reclamo (si lo conoce)	Fecha del accidente (si lo conoce)

Sección 2: completar si usted es el trabajador

Su nombre completo		Fecha	
Número de reclamo	Fecha del accidente	Fecha de nacimiento	
Dirección actual		Ciudad	Estado Código postal
Número de teléfono residencial		Número de teléfono celular	
¿Habla inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál es su idioma de preferencia para todas las comunicaciones con Labor e Industrias?		
¿Cuál es su método de comunicación de preferencia? <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo electrónico		Dirección de correo electrónico actual	

Sección 3: información del empleador, completar tanto como sea posible

Nombre de la empresa			
Dirección comercial		Ciudad	Estado Código postal
Nombre del supervisor		Número de teléfono del supervisor	

Sección 4: descripción de la queja

Fecha de la presunta divulgación de la información (si la conoce)	Persona que divulgó la información (si la conoce)
---	---

Describa qué información se divulgó, cómo se divulgó y quién la recibió. Brinde tantos detalles como sea posible. De ser necesario, adjunte páginas adicionales.

Mencione los nombres y los números de teléfono de los testigos de la presunta divulgación de la información (si los conoce).

Certifico bajo pena de perjuicio que la información provista en el presente es exacta a mi leal saber y entender.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha