



# Usted se lesionó en el trabajo. ¿Qué debe hacer ahora?

Si usted sufrió una lesión o enfermedad en el lugar de trabajo, podría tener derecho a recibir beneficios de compensación de los trabajadores. Es posible que ya haya recibido tratamiento médico. Si todavía no lo ha hecho, debería recibir atención médica lo más pronto posible.

Para obtener asistencia con su reclamo, llame a la **Junta de Compensación Obrera (Workers' Compensation Board)** al **(877) 632-4996**.

## Sus responsabilidades

- Debe informar por escrito a su empleador cuándo, dónde y cómo se lesionó. Hágalo tan pronto como sea posible dentro de los siguientes 30 días después de la lesión.
- Avise a sus proveedores de atención médica que tiene una lesión relacionada con el trabajo e indique el nombre de su empleador. No pague la atención que reciba ni use otro seguro médico. Su proveedor de atención médica presentará los informes médicos ante la Junta y ante su empleador o aseguradora. Si su caso entra en disputa, la Junta necesitará un informe médico de su lesión para empezar a resolver su reclamo.
- Usted deberá presentar un formulario **Employee Claim** (Reclamo del empleado, Formulario C-3S) en el que informará a la Junta sobre su lesión lo más pronto posible. Debe avisar sobre su lesión o enfermedad a la Junta dentro de los siguientes dos años. Si anteriormente ya se había lesionado la misma parte del cuerpo o si tuvo una enfermedad similar, debe también presentar un formulario **Limited Release of Health Information** (Divulgación limitada de información sobre la salud, Formulario C-3.3S).

## Dos formas de presentar un reclamo

Visite [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov) y seleccione **File a Claim** (Presentar un reclamo).

Complete los formularios impresos que se adjuntan y envíelos por correo a la Junta.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo presentar el Reclamo del empleado (Formulario C-3S), llame al **(877) 632-4996** y un representante de la Junta le ayudará.

## Facturas de atención médica y de viaje

**No** le pague a su proveedor de atención médica ni al hospital por el tratamiento que recibió debido a esta lesión o enfermedad. Esas facturas las paga la aseguradora, a menos que la Junta emita una decisión que diga que su reclamo no es válido. Si su caso entra en disputa, se les pagará a los proveedores de atención médica si la Junta decide a su favor el caso. *Sin embargo, si la Junta decide en su contra, o si usted no presenta un caso, tendrá que pagarle al proveedor de atención médica o al hospital (o enviarlo a la compañía donde tenga un seguro médico).*

El seguro de compensación de los trabajadores de su empleador cubre el equipo y los medicamentos necesarios médicamente que recete su proveedor de atención médica. También puede recibir reembolsos por millaje, transporte público u otros gastos necesarios incurridos cuando viaja para recibir el tratamiento. Asegúrese de obtener los recibos de estos gastos y enviarlos a la aseguradora de compensación de los trabajadores en un formulario **Claimant's Record of Medical and Travel Expenses and Request for Reimbursement** (Registro de gastos médicos y de viaje del reclamante y solicitud de reembolso, Formulario C-257S).

## PAQUETE DE INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

En general, usted puede elegir a cualquier proveedor de atención médica siempre que el proveedor esté autorizado por la Junta. Puede buscar a un proveedor de atención médica autorizado en su área por medio de la función **“Find a Doctor”** (Encuentre a un médico) que está en el sitio web de la Junta en [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov). También puede utilizar las clínicas de salud ocupacional. Sin embargo, si la aseguradora de compensación de los trabajadores de su empleador utiliza a una Organización de Proveedor Preferido (Preferred Provider Organization, PPO) que puede proporcionarle la atención médica para las lesiones relacionadas con compensación de los trabajadores, usted debe recibir el tratamiento inicial en la red de la PPO. Si esa aseguradora también tiene redes de farmacias y servicios de diagnóstico, usted debe recibir estos servicios dentro de esas redes. La aseguradora debe informarle sobre sus redes de proveedores requeridos y cómo utilizarlas.

### Beneficios por salarios perdidos

Usted tiene derecho a una parte de sus salarios perdidos, que se deben pagar rápidamente si su lesión le afecta en una o más de las siguientes formas:

1. Evita que usted pueda trabajar durante más de siete días.
2. Tiene una discapacidad permanente en parte de su cuerpo.
3. Su salario se reduce porque trabaja menos horas o hace otro tipo de trabajo.

Usted puede contratar a un abogado o a un representante autorizado para ayudarle con su reclamo, pero no es obligatorio. La Junta establece sus honorarios, que se pueden deducir de la adjudicación por salarios perdidos que usted reciba. Usted y su familia no deberán pagar nada directamente a su abogado o representante autorizado.

Si su caso entra en disputa, usted puede recibir los beneficios por discapacidad mientras se escucha el caso. Para obtener un formulario de **Notice and Proof of Claim for Disability Benefits** (Notificación Y Evidencia De Reclamación De Beneficios Por Incapacidad, Formulario DB-450S), visite [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov), llame a la Junta para obtener asistencia o visite una oficina de la Junta. Si se resuelve el caso a su favor, los beneficios por discapacidad se deducirán de la adjudicación por salarios perdidos.

### Ayuda a su disposición

Algunas veces necesitará ayuda para regresar a trabajar. Su empleador podría asignarle trabajo más liviano o diferente que le permita trabajar mientras sana. Una lesión también puede ocasionar problemas familiares o financieros. La Junta tiene consejeros de rehabilitación vocacional y trabajadores que pueden ayudar. Llame a la Junta para obtener más información sobre los servicios disponibles y para recibir asistencia.

Si está preocupado por la dependencia de medicamentos opioides contra el dolor, llame a NYS OASAS HOPELine al **877-8-HOPENY (877-846-7369)**.

### ¿Qué sucede después?

Su empleador o la compañía de seguros de compensación de los trabajadores se comunicará con usted si se acepta su reclamo. Cuando esto suceda, sus proveedores de atención médica recibirán el pago y empezarán los beneficios de salarios perdidos. Si su caso está en disputa, la Junta le notificará que está resolviendo el caso y puede solicitar información adicional si fuera necesario.

## INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO

Junta de Compensación Obrera,  
incluye los beneficios por  
discapacidad

(877) 632-4996

[general\\_information@wcb.ny.gov](mailto:general_information@wcb.ny.gov)

[wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov)



La solicitud de eCase de la Junta le permite ver en línea el contenido de la carpeta de su caso. Para obtener información general o inscribirse en eCase, visite el sitio web de la Junta en [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov)



**Workers'  
Compensation  
Board**



SU NOMBRE: \_\_\_\_\_  
Primer nombre                      Inicial 2º nombre                      Apellido

FECHA DE LA LESIÓN/ENFERMEDAD: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### D. SU LESIÓN O ENFERMEDAD *cont.*

8. ¿Hubo algún objeto involucrado en la lesión/enfermedad (por ej., un montacargas, un martillo, ácido)?  Sí  No Si responde "Sí", ¿cuál? \_\_\_\_\_
9. ¿La herida fue consecuencia del uso o el manejo de un vehículo motorizado con licencia?  Sí  No  
Si responde "Sí",  su vehículo  vehículo de su empleador  otro vehículo  Número de licencia (si lo conoce): \_\_\_\_\_  
Si estuvo involucrado su vehículo, dé el nombre y domicilio de la aseguradora de su vehículo: \_\_\_\_\_
10. ¿Avisó a su empleador (o supervisor) sobre la lesión/enfermedad?  Sí  No  
Si responde "Sí", avisó: \_\_\_\_\_  verbalmente  por escrito Fecha de aviso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
11. ¿Alguien vio cuando se lesionó?  Sí  No  No lo sé Si responde "Sí", indique quiénes: \_\_\_\_\_

### E. REINCORPORACIÓN AL TRABAJO

1. ¿Dejó de trabajar a causa de su lesión/enfermedad?  Sí, ¿en qué fecha? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  No, pase a la sección F.
2. ¿Se ha reincorporado al trabajo?  Sí  No Si responde "Sí", ¿en qué fecha? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  tarea habitual  tareas limitadas
3. Si se reincorporó al trabajo, ¿para quién trabaja actualmente?  El mismo empleador  Empleador nuevo  Autónomo
4. ¿Cuál es su remuneración bruta (sin deducir impuestos) por período de pago? \_\_\_\_\_ ¿Cada cuánto se le paga? \_\_\_\_\_

### F. TRATAMIENTO MÉDICO POR LA LESIÓN O ENFERMEDAD

1. ¿Cuándo recibió su primer tratamiento? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  No recibí ninguno (pase a la pregunta F-5)
2. ¿Recibió tratamiento en el lugar?  Sí  No
3. ¿Dónde recibió su primer tratamiento médico externo por su lesión/enfermedad?  No recibí ninguno  Sala de emergencias  
 Consultorio médico  Clínica/Hospital/Atención de urgencia  Internación en hospital más de 24 horas  
Nombre y domicilio del lugar donde lo trataron por primera vez: \_\_\_\_\_  
Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
4. ¿Se sigue tratando por esta lesión/enfermedad?  Sí  No  
Nombre y domicilio de el/los médico/s que tratan su lesión/enfermedad: \_\_\_\_\_  
Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
5. ¿Recuerda haber sufrido otra lesión en la misma parte del cuerpo o haber sufrido una enfermedad parecida?  Sí  No  
Si responde "Sí", ¿lo trató un médico?  Sí  No Si responde "Sí", dé los nombres y domicilios de el/los médico/s que lo trataron y **COMPLETE Y PRESENTE EL FORMULARIO C-3.3 JUNTO CON ESTE FORMULARIO:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. ¿La lesión/enfermedad anterior se relacionó con el trabajo?  Sí  No  
Si responde "Sí", ¿trabajaba para el mismo empleador que trabaja actualmente?  Sí  No

Por la presente, reclamo los beneficios que establece la Ley de Compensación al Trabajador. Con mi firma certifico que la información que aquí brindo es auténtica y precisa, a mi leal saber y entender.

**Toda persona que con conocimiento y con la INTENCIÓN DE ESTAFAR presente, o cause que se presente, o prepare información que contenga FALSEDADES u omisiones de hechos concretos sabiendo o creyendo que será presentada a un asegurador o auto asegurador, o que será presentada por éste, SERÁ CULPABLE DE DELITO y estará sujeto a MULTAS Y A LA PRIVACIÓN DE SU LIBERTAD.**

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

En representación del empleado: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Un tercero puede firmar en representación del empleado sólo si está autorizado legalmente para hacerlo y el empleado es menor de edad, incapacitado mental o discapacitado.*

Certifico según mi leal saber y entender, después de indagaciones razonables bajo las circunstancias del caso, que las declaraciones y otras cuestiones prácticas asentadas más arriba cuentan con evidencia que las respalda, o pueden ser respaldadas por evidencias si se realizan investigaciones o existen hallazgos posteriores.

Firma del abogado/representante (si corresponde): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

N.º de ID, si aplica: R \_\_\_\_\_ Si es un representante autorizado, N.º de licencia: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **Instrucciones para completar el formulario C-3S “Reclamo del empleado”**

Por favor, complete este formulario y envíelo a la oficina de la Junta de Compensación Obrera de su distrito (DO) para solicitar los beneficios de la compensación para el trabajador. Los domicilios se listan al pie de estas instrucciones. Si necesita más ayuda para completar este formulario, comuníquese con la Junta de Compensación Obrera al **1-877-632-4996**. **También puede completarlo en línea visitando: <http://www.wcb.ny.gov/>**

**Si no tiene o no conoce el Número de caso de la Junta de Compensación Obrera, deje este campo en blanco. No es obligatorio completarlo para procesar su reclamo. Recuerde ingresar su nombre y la fecha de la lesión/enfermedad en la parte superior de la página dos.**

### **Sección A - Su información (empleado):**

**Punto 1:** Ingrese su nombre completo, incluyendo primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido.

**Punto 2:** Ingrese su fecha de nacimiento en formato mes/día/año. Incluya los cuatro dígitos del año.

**Punto 3:** Ingrese su dirección postal, incluyendo la casilla de correo, si corresponde, la ciudad o pueblo, estado y código postal.

**Punto 4:** Ingrese su Número de Seguro Social. Esto es muy importante para que su reclamo se procese más rápido.

**Punto 5:** Indique un teléfono de contacto principal (incluya el código de área). Puede ser un celular.

**Punto 6:** Indique su sexo (masculino o femenino).

**Punto 7:** Las audiencias de la Junta son en inglés. La Junta pondrá a su disposición un traductor si lo necesita para entender el procedimiento. Marque SÍ e indique el idioma que necesita.

### **Sección B - Su/s empleador/es:**

**Punto 1:** Indique el nombre del empleador para quien trabajaba al momento de su lesión o enfermedad.

**Punto 2:** Ingrese el número de teléfono de este empleador, ya sea un teléfono de contacto principal o el número de su supervisor.

**Punto 3:** Ingrese la dirección postal del empleador, incluyendo la casilla de correo, si corresponde, la ciudad o pueblo, estado y código postal.

**Punto 4:** Indique la fecha en la que lo contrató su empleador.

**Punto 5:** Ingrese el nombre de su supervisor directo a quien usted reporta regularmente.

**Punto 6:** Si tiene más de un empleo, indique los nombres y domicilios de todos los empleadores para quienes trabaja además del involucrado en su lesión. Puede usar otra hoja si necesita más espacio.

**Punto 7:** Marque SÍ si perdió tiempo en alguno de sus otros empleos a causa de la lesión o la enfermedad; de lo contrario, marque NO.

### **Sección C - Su Empleo a la fecha de la lesión o enfermedad:**

**Punto 1:** Indique su cargo actual o describa sus tareas (por ej., empleado de depósito).

**Punto 2:** Indique las actividades habituales que realiza en su puesto (por ej., tomar inventario, descargar camiones, etc.).

**Punto 3:** Marque el tipo de empleo que tuvo.

**Punto 4:** ¿Cuál era su remuneración bruta (sin deducir impuestos) por período de pago?

**Punto 5:** Indique con qué frecuencia se le pagaba (semanalmente, cada dos semanas, etc.).

**Punto 6:** Indique si recibía alojamiento o pagos adicionales a su remuneración regular. En caso afirmativo, describa.

### **Sección D - Su lesión o enfermedad:**

**Punto 1:** Ingrese la fecha en que se lesionó o cuando se enteró de que contrajo la enfermedad. Ingrese la fecha en formato mes/día/año. Incluya los cuatro dígitos del año. Si se trata de una dolencia o de una enfermedad laboral, pase al punto 2.

**Punto 2:** Ingrese la hora en que se lesionó. Marque si fue A. M. o P. M.

**Punto 3:** Indique dónde ocurrió la lesión/enfermedad, incluyendo el domicilio del edificio y la ubicación física del mismo donde sufrió la lesión/contrajo la enfermedad.

**Punto 4:** Marque si se trataba de su lugar de trabajo habitual. En caso negativo, explique por qué estaba allí.

**Punto 5:** Describa en forma detallada qué estaba haciendo en el momento de la lesión/enfermedad (por ej., descargaba a mano cajas de un camión). Esto explica los eventos que dieron lugar a la lesión.

**Punto 6:** Describa en detalle cómo sufrió la lesión/contrajo la enfermedad (por ej., estaba sacando una caja pesada de un camión). Aquí debe incluir a todas las personas y circunstancias involucradas en la lesión/enfermedad.

**Punto 7:** Indique claramente la naturaleza y el grado de su lesión/enfermedad, incluyendo todas las partes del cuerpo afectadas. Sea lo más específico posible. (por ej., “me lastimé la espalda intentando alzar una caja pesada. Ahora me duele al inclinarme o al alzar objetos aunque sean livianos”.)

**Punto 8:** Indique si en el accidente estuvo involucrado algún objeto QUE NO FUERA un vehículo motorizado con licencia. Otros objetos pueden ser una herramienta (por ej., un martillo), una sustancia química (por ej., ácido), maquinaria (por ej., un montacargas o una prensa taladradora), etc.

**Punto 9:** Indique si un vehículo motorizado con licencia estuvo involucrado en el accidente. En caso afirmativo, verifique si el vehículo motorizado era suyo, de su empleador o de un tercero. Incluya el número de licencia (si lo conoce). Si estuvo involucrado su vehículo, complete el nombre y domicilio de la aseguradora que emitió la póliza de responsabilidad civil de su vehículo.

**Punto 10:** Marque si avisó a su empleador o supervisor sobre su lesión o enfermedad. En caso afirmativo, indique a quién avisó y si lo hizo verbalmente o por escrito. Incluya la fecha en que avisó.

**Punto 11:** Marque si alguien más estuvo presente al momento de la lesión. En caso afirmativo, incluya su/s nombre/s.

### **Sección E - Reincorporación al trabajo:**

**Punto 1:** Si dejó de trabajar a causa de su lesión/enfermedad laboral, marque SÍ e indique la fecha en que dejó de trabajar. Si no dejó de trabajar, marque NO y pase a la sección que sigue.

**Punto 2:** Si retornó al trabajo, marque SÍ. Además, indique en qué fecha se reincorporó al trabajo; también si retomó sus tareas habituales o si realiza tareas limitadas o restringidas. (Si no retomó por completo las tareas que cumplía antes de la lesión o enfermedad, realiza Tareas Limitadas.)

### **Sección E - Reincorporación al trabajo (cont.):**

**Punto 3:** Si se reincorporó al trabajo, ¿para quién trabaja actualmente?

**Punto 4:** Ingrese la remuneración bruta (sin deducir impuestos) por período de pago que recibe en su actual empleo. Indique con qué frecuencia se le paga (semanalmente, cada dos semanas, etc.).

### **Sección F - Tratamiento médico de la lesión o enfermedad:**

**Punto 1:** Si no recibió tratamiento médico por esta lesión/enfermedad, marque No Recibí Ninguno y pase al punto 5. De lo contrario, ingrese la fecha en que lo trataron por primera vez por esta lesión/enfermedad y complete el resto de esta sección.

**Punto 2:** Marque si la primera vez recibió tratamiento por la lesión o la enfermedad en su empleo.

**Punto 3:** Marque el lugar donde recibió su primer tratamiento médico externo por la lesión o la enfermedad. Incluya el nombre y domicilio del establecimiento, así como el número de teléfono (incluyendo código de área).

**Punto 4:** Si aún está en tratamiento por la misma lesión o enfermedad, marque SÍ e indique el nombre y domicilio de el/los médico/s que lo tratan, así como el número de teléfono (incluyendo código de área); de lo contrario, marque NO.

**Punto 5:** Si cree que ya sufrió una lesión en la misma parte del cuerpo o que padeció una enfermedad parecida, marque SÍ e indique si un médico lo trató por esta lesión o enfermedad. Si fue tratado por un médico, indique el/los nombre/s y domicilio/s de el/los médico/s que lo asistieron y **complete y presente el formulario C-3.3 junto con este formulario.**

**Punto 6:** Si sufrió una lesión o contrajo una enfermedad anteriormente, marque si se trató de una lesión o enfermedad laboral. En caso afirmativo, marque si la lesión o la enfermedad ocurrió mientras trabajaba con su actual empleador.

Firme el formulario C-3S en el lugar reservado para la “Firma del Empleado” en la página 2, escriba su nombre con letra de imprenta e ingrese la fecha en que firmó el formulario. Si un tercero firma en representación del empleado, esa persona debe firmar en el segundo renglón de firmas. Si cuenta con un representante legal, éste **debe** completar y firmar la sección de certificación del abogado/representante al pie de la página 2.

#### **Lo que todo trabajador debe hacer en caso de sufrir una lesión en el lugar de trabajo o contraer una enfermedad laboral:**

1. Informe de inmediato a su empleador o supervisor cuándo, dónde y cómo se lesionó.
2. Asegúrese de recibir atención médica sin demora.
3. Dígale a su médico que presente informes médicos a la Junta y al empleador o su aseguradora.
4. Prepare este reclamo de compensación y envíelo a la Oficina de la Junta de Compensación Obrera más cercana. (Vea a continuación.) Si no se hace la presentación dentro de los dos años posteriores a la fecha de la lesión, el reclamo puede ser rechazado. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame por teléfono o consulte la lista que sigue para visitar la Oficina de la Junta de Compensación Obrera más cercana.
5. Asista a todas las audiencias a las que se lo cite.
6. Retorne a su trabajo lo antes posible: nunca la compensación es lo mismo que su salario.

#### **Sus derechos:**

1. Por lo general, usted puede tratarse con el médico que elija, siempre que se trate de un profesional autorizado por la Junta. Si su empleador está en un sistema de prestador preferido (SPP), usted deberá recibir el tratamiento inicial de dicho prestador preferido que fue designado para brindar atención médica en caso de lesiones laborales que recibirán compensación.
2. NO le pague a su médico ni a un hospital. La aseguradora pagará sus facturas si su caso no es impugnado. Si su caso es impugnado, el médico o el hospital deberán esperar para cobrar hasta que la Junta tome una decisión sobre su caso. En el caso de que no abra su caso o de que la Junta decida en su contra, deberá pagar los gastos del médico o del hospital.
3. También tiene derecho a que se le reintegre el importe de medicinas, muletas o cualquier otro aparato que prescriba su médico, así como los viáticos u otros gastos necesarios para ir o regresar del consultorio médico o del hospital. (Pida comprobantes de todos estos gastos.)
4. Tiene derecho a recibir una compensación cuando la lesión le impida trabajar durante más de siete días, lo obligue a trabajar por salarios más bajos o resulte en una discapacidad permanente de alguna parte de su cuerpo.
5. La compensación se paga directamente y sin esperar una concesión, salvo que el reclamo sea impugnado.
6. Los trabajadores lesionados o los dependientes de trabajadores fallecidos pueden representarse a sí mismos ante la Junta o pueden contratar a un abogado o representante autorizado para actuar en su nombre. Si se contrata a un abogado o representante autorizado, los honorarios por sus servicios serán sometidos al análisis de la Junta; si son aprobados, el empleador o la aseguradora se harán cargo de los mismos sin considerar los beneficios por compensación pendientes. En un caso de compensación, los trabajadores lesionados o los dependientes de trabajadores fallecidos no deben pagar directamente ningún monto al abogado ni al representante legal.
7. Si necesita asistencia para reincorporarse a su empleo o si enfrenta problemas familiares o financieros a causa de su lesión, comuníquese con la oficina más cercana de la Junta de Compensación Obrera y pida ver a un asesor en rehabilitación o a un asistente social.

**Este formulario debe presentarse enviándolo directamente al domicilio que figura a continuación:**

**New York State Workers' Compensation Board  
Centralized Mailing  
PO Box 5205  
Binghamton, NY 13902-5205**

**Línea gratuita de atención al cliente: 877-632-4996**



Número de caso de la WCB (si lo conoce): \_\_\_\_\_

Al Reclamante: Si usted recibió tratamiento por una lesión anterior en la misma parte del cuerpo o por una enfermedad parecida a la descrita en su actual reclamo, complete este formulario. Este formulario autoriza a los prestadores de salud que usted indique a continuación a divulgar información sobre su salud con respecto a su lesión/enfermedad anterior a la compañía aseguradora de compensación laboral de su empleador. La ley federal HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996) establece que usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario. Si no entiende este formulario, póngase en contacto con su representante legal. Si no tiene representante legal, el Defensor de Trabajadores Lesionados de la Junta de Compensación Obrera podrá ayudarlo. Llame al: 800-580-6665.

Al prestador de salud: Una copia de esta divulgación de conformidad con la HIPAA lo autoriza a revelar información sobre la salud. Si en respuesta a esta divulgación, usted envía registros a la aseguradora de compensación laboral del empleador, también envíe copias por correo al representante legal del Reclamante. (Si a continuación no figura ningún representante legal, envíe copias al Reclamante.) Los prestadores de salud que divulgan registros deben ceñirse a la ley del estado de Nueva York y la HIPAA.

Esta divulgación es:
• Voluntaria. Su/s prestador/es de salud debe/n brindarle la misma atención, condiciones de pago y beneficios, ya sea que usted haya firmado o no este formulario.
• Limitada. Autoriza a el/los prestador/es de salud a divulgar sólo aquellos registros médicos relacionados con la enfermedad/condición que describe a continuación.
• Temporaria. Finaliza cuando se acepte o se desestime su actual reclamo de compensación y se hayan agotado todas las instancias de apelación.
• Revocable. Usted puede cancelar esta divulgación en cualquier momento. Para esto, envíe una carta a el/los prestador/es de salud que figuran en este formulario. También envíe una copia de la carta que escribió a la aseguradora de compensación laboral de su empleador y a la Junta de Compensación Obrera. Nota: Usted no podrá cancelar esta divulgación con respecto a registros médicos ya brindados.
• Sólo para registros. Le otorga permiso a el/los prestador/es de salud que figuran en este formulario para enviar copias de sus registros médicos a la compañía aseguradora de compensación laboral de su empleador.

Este formulario NO permite a su/s prestador/es de salud divulgar los siguientes tipos de información:
• Información relacionada con el VIH
• Notas sobre terapia psicológica
• Tratamiento por alcoholismo/drogadicción
• Tratamiento de salud mental (a menos que usted lo marque a continuación)
• Información verbal (sus prestadores de salud no pueden discutir información de su salud con nadie)

Todo registro médico que se haya divulgado pasará a integrar su expediente de compensación laboral y será de carácter confidencial en virtud de la Ley de Compensación Laboral.

A. SU INFORMACIÓN (Reclamante)

- 1. Nombre: \_\_\_\_\_ 2. Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
3. Dirección postal: \_\_\_\_\_
4. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 5. Fecha de la lesión/enfermedad actual: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
6. Lesión/enfermedad actual, incluyendo todas las partes del cuerpo afectadas: \_\_\_\_\_
7. Nombre y domicilio de su representante legal (si corresponde): \_\_\_\_\_

Marque aquí si autoriza a su/s prestador/es de salud a divulgar información sobre su tratamiento salud mental.

B. SU/S PRESTADOR/ES DE SALUD (Liste todos los prestadores de salud que lo atendieron por una lesión anterior en la misma parte del cuerpo o una enfermedad parecida. Si son más de 2 prestadores, adjunte a este formulario la información de contacto de los mismos.)

- 1. Prestador: \_\_\_\_\_ 2. Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
3. Dirección postal: \_\_\_\_\_
4. Otro prestador (si aplica): \_\_\_\_\_ 5. Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
6. Dirección postal: \_\_\_\_\_

C. LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN. Por la presente, solicito que el/los prestador/es de salud que figuran más arriba entreguen a la aseguradora de compensación laboral de mi empleador copias de todos los registros médicos relacionados a cualquier lesión/enfermedad anterior, en cualquier parte de mi cuerpo, descripta precedentemente.

Firma del reclamante (use sólo tinta y, si es posible, bolígrafo azul).

Fecha

Si el reclamante no puede firmar, la persona que firme en su nombre deberá completar y firmar a continuación:

Su nombre

Relación con el Reclamante

Firma (use sólo tinta y, si es posible, bolígrafo azul).

Fecha