

SEGURO CONTRA ACCIDENTES LABORALES - NOTIFICACIÓN ESCRITA PARA NUEVOS EMPLEADOS

Esta notificación incluye algunos de sus derechos, beneficios y obligaciones según la ley del seguro contra accidentes laborales.

EVENTOS, LESIONES Y ENFERMEDADES CUBIERTOS POR EL SEGURO CONTRA ACCIDENTES LABORALES

Usted tendrá derecho a los beneficios del seguro contra accidentes laborales en caso de sufrir una lesión o contraer una enfermedad relacionada con su trabajo. El seguro contra accidentes laborales cubre gran parte de las enfermedades y lesiones físicas o mentales relacionadas con el trabajo. La lesión o enfermedad puede ser causada por un solo evento (como lesionarse la espalda en una caída) o por exposición reiterada (como lesionarse la muñeca por realizar un mismo movimiento repetidas veces). Usted no tendrá derecho a los beneficios del seguro contra accidentes laborales por una lesión que surja de la participación voluntaria en cualquier actividad fuera del trabajo, recreativa, social o deportiva, que no forme parte de sus obligaciones laborales.

DERECHOS Y BENEFICIOS

Usted podrá tener derecho a lo siguiente:

- o Beneficios de atención médica que incluyen: consultas a médicos, servicios hospitalarios, fisioterapia, pruebas de laboratorio, radiografías y medicamentos que sean razonablemente necesarios para tratar la lesión.
- o Beneficios por incapacidad temporal (TD): pagos en caso de perder el salario durante la recuperación. En la mayoría de las lesiones producidas después del 1 de enero de 2008 inclusive, los beneficios por incapacidad temporal (temporary disability, TD) no podrán extenderse por más de 104 semanas compensables en un plazo de cinco años a partir de la fecha de la lesión. Para algunas lesiones de largo plazo, tales como quemaduras graves o enfermedad pulmonar crónica, los beneficios no podrán extenderse por más de 240 semanas en un plazo de cinco años a partir de la fecha de la lesión. Cuando los beneficios por TD terminan, puede obtener beneficios por incapacidad adicionales del estado si presenta en forma oportuna una reclamación ante el Departamento de Desarrollo del Empleo.
- o Beneficios por incapacidad permanente (PD): pagos cuando la lesión causa una incapacidad permanente.
- o Rehabilitación profesional: pagos y servicios cuando la lesión le impide regresar a su trabajo u ocupación habitual. Este beneficio se aplica a lesiones producidas antes del 1/1/04.
- o Beneficios complementarios por desplazamiento

del trabajo: vale no transferible pagadero a una escuela autorizada por el estado por una lesión ocurrida después del 1/1/04 inclusive, cuando dicha lesión causa una incapacidad permanente, usted no regresa al trabajo en el plazo de 60 días luego de finalizar la TD y su empleador no le ofrece un puesto de trabajo modificado o alternativo.

- o Beneficios por fallecimiento: se pagan a los dependientes de un empleado que fallece a causa de una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo.

Los beneficios por incapacidad temporal, incapacidad permanente, rehabilitación profesional, pensión alimenticia y fallecimiento se pagan sobre la base de 2/3 de su salario promedio semanal, sujeto a tasas máximas y mínimas, vigentes a la fecha de la lesión. Los beneficios se pagan cada dos semanas mientras usted sea elegible.

ELECCIÓN DEL MÉDICO PERSONAL

Usted podrá elegir el médico que tratará su enfermedad o lesión laboral durante los primeros 30 días posteriores a la lesión. Si es elegible, deberá informar por escrito el nombre y la dirección del médico personal a su empleador, **antes** de sufrir la lesión. Podrá ser tratado por dicha lesión o enfermedad por su médico personal (M.D.), osteópata (D.O.) o grupo médico si:

- o su empleador ofrece cobertura médica colectiva;
- o el médico es su médico habitual, quien deberá ser médico general o médico de familia, ginecólogo obstetra, pediatra o internista elegible por la junta médica o certificado por dicha junta, y que haya coordinado su tratamiento médico con anterioridad y conserve sus registros médicos;
- o su "médico personal" puede ser un grupo médico si se trata de una única sociedad o asociación formada por médicos u osteópatas con licencia, que opera como un grupo médico integrado con múltiples especialidades, que brinda servicios médicos amplios, especialmente para lesiones y enfermedades no ocupacionales;
- o **antes** de la lesión, el médico acepta tratarlo por enfermedades o lesiones laborales;
- o **antes** de la lesión, usted suministra a su empleador lo siguiente por escrito: (1) notificación del deseo de que su médico personal lo trate por enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo, y (2) el nombre y la dirección comercial de su médico personal.

Para tal fin, puede utilizar los formularios de las páginas 3 y 4 de esta notificación.

Si no elige un médico, el empleador tendrá derecho a seleccionar el médico que lo tratará durante los primeros

30 días. Después de 30 días, usted podrá cambiar de médico según desee; este cambio podrá incluir a su quiropráctico o acupunturista personal. Si su empleador ofrece una Organización de Atención Médica (Health Care Organization, HCO) o a partir del 1/1/05 tiene una red de proveedores de atención médica (medical provider network, MPN), se aplicarán normas especiales.

Contacte a su empleador para obtener más información.

FUNCIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

El médico de atención primaria decidirá qué tipo de atención médica recibirá usted para su lesión o enfermedad, determinará cuándo podrá regresar a trabajar, contribuirá a identificar el tipo de tareas que puede realizar en forma segura durante la recuperación, lo referirá a especialistas, si es necesario, y escribirá informes médicos que afectarán los beneficios que usted reciba. Es importante obtener una buena atención médica para poder recuperarse. El médico que lo trate deberá conocer el tipo de lesión o enfermedad específica. Informe al médico sobre los síntomas y los eventos laborales que usted cree que los ocasionaron. También describa su trabajo y entorno laboral.

SI SE LESIONA, OBTENGA ATENCIÓN MÉDICA. Si necesita primeros auxilios, contacte a su empleador. Si necesita tratamiento médico de emergencia, llame al 911 o a uno de los números indicados debajo. Informe al proveedor de atención médica que la lesión o enfermedad está relacionada con su trabajo.

Ambulancia _____
Bomberos _____
Policía _____
Médico _____
Hospital _____

INFORMAR SOBRE LA LESIÓN O ENFERMEDAD

Informe de inmediato sobre la lesión a su supervisor o:

Representante del _____
empleador
Número de teléfono _____

Hable con su supervisor de inmediato. Si la lesión o enfermedad se desarrolló en forma gradual, informe sobre esta tan pronto advierta que fue causada por su

Reclamaciones y negaciones falsas. Toda persona que realice o motive una declaración o manifestación sustancial falsa o fraudulenta en forma intencional, con el fin de obtener o negar el pago o los beneficios del seguro contra accidentes laborales, será culpable de delito grave y quedará sujeta a la pena de multa o prisión.

trabajo. Si se comunica de inmediato, evitará problemas y retrasos en la recepción de beneficios, incluida la atención médica necesaria para evitar lesiones mayores. Si el empleador no toma conocimiento de su lesión en un plazo de 30 días, usted puede perder el derecho a recibir los beneficios del seguro contra accidentes laborales.

El empleador deberá proporcionarle un formulario de reclamación en el plazo de un día laboral después de enterarse de la lesión. En el plazo de un día laboral tras la presentación del formulario de reclamación por parte del empleado, el empleador deberá autorizar la prestación del tratamiento, conforme a las pautas de tratamiento aplicables, para la supuesta lesión, y deberá continuar suministrando tratamiento hasta la fecha en que se acepte o rechace la responsabilidad por la reclamación. Hasta la fecha de rechazo o aceptación de la reclamación, la responsabilidad por el tratamiento médico se limitará a diez mil dólares (\$10,000).

INFORMACIÓN ADICIONAL

Podrá obtener información gratuita a través de un Funcionario Estatal de Asistencia e Información sobre el Seguro contra Accidentes Laborales. Para escuchar información grabada, incluida una lista de oficinas locales, llame sin cargo al 1 (800) 736-7401. Información en línea: <http://www.dir.ca.gov>

Funcionario de Asistencia e Información más cercano se encuentra en:

Dirección _____
n _____
Ciudad _____
Teléfono _____

Compañía aseguradora contra accidentes laborales de su empleador al momento de su contratación:

DISCRIMINACIÓN

La sanción o despido por sufrir una enfermedad o lesión laboral, presentar una reclamación o testificar en un caso de seguro contra accidentes laborales de otra persona, constituye un acto ilegal por parte del empleador. Si esto se demuestra, usted podrá recibir salarios perdidos, reincorporación al trabajo, aumento en los beneficios, más costos y gastos hasta el límite establecido por el estado.

DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PERSONAL

En caso de sufrir una lesión o enfermedad relacionada con su trabajo, podrá ser tratado para dicha lesión o enfermedad por su médico personal (M.D.), osteópata (D.O.) o grupo médico si:

- o su empleador ofrece cobertura médica colectiva;
- o el médico es su médico habitual, quien deberá ser médico general o médico de familia, ginecólogo obstetra, pediatra o internista elegible por la junta médica o certificado por dicha junta, y que haya coordinado su tratamiento médico con anterioridad y conserve sus registros médicos;
- o su "médico personal" puede ser un grupo médico si se trata de una única sociedad o asociación formada por médicos u osteópatas con licencia, que opera como un grupo médico integrado con múltiples especialidades, que brinda servicios médicos amplios, especialmente para lesiones y enfermedades no ocupacionales;
- o antes de la lesión, el médico acepta tratarlo por enfermedades o lesiones laborales;
- o antes de la lesión, usted suministra al empleador lo siguiente por escrito: (1) notificación del deseo de que su médico personal lo trate por enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo, y (2) el nombre y la dirección comercial de su médico personal.

Si cumple con los requisitos anteriores y desea que su médico u osteópata personal lo trate por una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, podrá usar el siguiente formulario para notificar a su empleador.

NOTIFICACIÓN DE DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PERSONAL

Empleado: complete esta sección.

Para: _____ (**nombre del empleador**). Si sufro una lesión o enfermedad relacionada con mi trabajo, elijo ser tratado por:

(**nombre del médico**) (M.D., D.O. o grupo médico)

(**dirección, ciudad, estado, código postal**)

(**número de teléfono**)

Nombre del empleado (**en letra de imprenta**):

Dirección del empleado:

Firma del
empleado

Fecha

:

Médico: acepto esta designación previa:

Firma:

Fecha

:

(**Médico o empleado designado del médico o grupo médico**)

No es obligatorio que el médico firme este formulario; no obstante, si el médico o empleado designado del médico o el grupo médico no lo firma, se exigirá otra documentación en la que conste la aceptación del médico a ser designado previamente conforme al Título 8 del Código de Reglamentaciones de California, sección 9780.1(a)(3).

Título 8 del Código de Reglamentaciones de California, sección 9783.

(Formulario DWC opcional 9783 1 de marzo de 2007)

Formulario WC 88 04 06 C Impreso en los EE. UU.

Página 3 de 4

NOTIFICACIÓN DE QUIROPRÁCTICO O ACUPUNTURISTA PERSONAL

Si su empleador o la compañía aseguradora de su empleador no tienen una Red de Proveedores de Atención Médica, usted podrá cambiar el médico que lo trata por su quiropráctico o acupunturista personal tras una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. A fin de ser elegible para realizar este cambio, deberá informar por escrito a su empleador el nombre y la dirección comercial del quiropráctico o acupunturista personal, antes de la lesión o enfermedad. Por lo general, el administrador de reclamaciones tiene derecho a seleccionar el médico que lo trata durante los primeros 30 días después de que el empleador se entere de la lesión o enfermedad. Después de que el administrador de reclamaciones inicie el tratamiento con otro médico durante dicho período, usted podrá solicitar que el tratamiento se transfiera a su quiropráctico o acupunturista personal.

Para notificar al empleador sobre su quiropráctico o acupunturista personal, puede usar el siguiente formulario.

Información del quiropráctico o acupunturista:

(nombre del quiropráctico o acupunturista)

(dirección, ciudad, estado, código postal)

(número de teléfono)

Nombre del empleado (en letra de imprenta):

Dirección del empleado:

Firma del
empleado

Fecha
: