

Información Sobre Indemnización por Accidentes de Trabajo

El contenido de este folleto está aprobado por el Director Administrativo de la División de Indemnización por Accidentes de Trabajo.

QUÉ ES

La legislación de California sobre Indemnización por Accidentes de Trabajo brinda una manera más rápida y justa de atender a los empleados lesionados en casos en los cuales no haya que probar culpa para recibir el reembolso de los gastos médicos y el salario que el empleado no ganó. Este seguro por lesiones de trabajo está pagado por el empleador y supervisado por el Estado. En caso de no poder trabajar debido a una lesión o enfermedad de trabajo, la indemnización laboral paga los gastos médicos y brinda una entrada de dinero para reemplazar el salario que se dejó de ganar hasta que el empleado regrese al trabajo.

QUIÉN RECIBE COBERTURA

Casi todos los empleados de California están protegidos por la indemnización laboral, pero existen algunas excepciones. Es posible que las personas que trabajan por cuenta propia y los voluntarios que no reciben remuneración no estén cubiertos. Los empleados del rubro marítimo y los empleados federales están cubiertos por leyes similares. En caso de tener alguna pregunta sobre la cobertura, consultar con el empleador.

QUÉ SE CUBRE

Casi cualquier lesión o enfermedad recibe cobertura si es como consecuencia del trabajo. Puede ser a causa de un incidente como una caída, exposición repetitiva o como un movimiento repetitivo a través del tiempo. Todo está cubierto, desde lesiones menores a accidentes de gravedad. La indemnización laboral cubre lesiones como consecuencia de algún delito en el ambiente laboral. (Existe la posibilidad de que algunas lesiones derivadas de actividades voluntarias, recreativas fuera del horario laboral, actividades sociales o deportivas por ejemplo, el equipo de béisbol de la compañía – no estén cubiertas. Consultar con el supervisor que corresponda o en la Oficina de Reclamaciones de Indemnización Laboral (American Claims Management Workers' Compensation Office) al 866.671.5042 en caso de tener preguntas).

La cobertura es automática e inmediata. No hay un plazo para ser aprobado ni es necesario haber cobrado un salario determinado para recibir la cobertura. La protección empieza al momento en el cual se entra al trabajo.

CÓMO REPORTAR UNA LESIÓN

Hay que informar de inmediato, al supervisor correspondiente, cualquier lesión, sin importar la magnitud. También se puede informar de la lesión a ACM por Internet o por teléfono al 866.671.5042.

Además hay que completar el formulario de reclamos que exige el Estado (DWC 1) y enviarlo al supervisor o a ACM. En caso de necesitar este formulario (DWC 1), las copias están disponibles en el sitio WEB de ACM: ACMclaims.com debajo de "Forms."

La legislación del Estado requiere que los empleadores autoricen atención médica el día laboral después de haber recibido el formulario de reclamo, los empleadores podrían ser responsables de pagar hasta \$10,000 por tratamiento hasta que el reclamo se acepte o rechace.

CÓMO RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

Primeros Auxilios: Solicitar primeros auxilios de inmediato ya sea en el lugar de trabajo o en el establecimiento médico que se asigne.

Atención de Emergencia: Solicitar atención médica de inmediato. Consultar los números telefónicos de emergencia publicados en el lugar de trabajo.

Número Telefónico de Emergencia: Llamar al 911 para pedir asistencia de una ambulancia, de los bomberos, de la policía o de emergencia por parte de un doctor o de un hospital, o dirigirse a la sala de emergencia más cercana.

Consultas por Estado Agudo o de Control: En caso de haber designado a su médico personal con anticipación, comuníquese lo antes posible y haga los trámites para el tratamiento. O en caso de no haber designado a su médico personal, llamar a ACM al 866.671.5042 cuanto antes para colaborar con los trámites del tratamiento. La legislación del Estado requiere que los empleadores autoricen el tratamiento médico el día laboral después de recibir el Formulario de Reclamo completo. Si se demora el reporte de la lesión o la entrega del Formulario de Reclamo, podrían demorarse los beneficios; y la tardanza excesiva podría poner en peligro el derecho del empleado a recibir beneficios.

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA

El tratamiento médico de calidad es la forma más rápida de recuperación.

Médico de Cabecera (PTP): El doctor que tiene la responsabilidad general del tratamiento es el médico de cabecera (PTP). El PTP decide qué tipo de atención médica se necesita y el momento en el cual el empleado puede volver al trabajo. Si es necesario, el PTP revisa la descripción laboral y define cualquier limitación o restricción que el empleado pudiera tener al momento de volver al trabajo. El PTP coordina la atención que el empleado reciba por parte de otros médicos, y en caso de una lesión grave, es el que escribe informes sobre cualquier discapacidad permanente o necesidad de atención médica en el futuro.

Única Oportunidad de Cambiar el PTP: El empleado tiene derecho a cambiar el PTP una vez. Este cambio se puede solicitar en cualquier momento.

Cambio de PTP: Primeros 30 Días: En caso de solicitar el cambio de PTP durante los primeros 30 días después de reportar una lesión, se puede cambiar el quiropráctico personal o acupunturista en caso de tener un médico designado con anterioridad. **Cambio de PTP: Después de 30 Días:** En caso de no haber usado el cambio de PTP, entonces, treinta (30) días después de reportar la lesión, se puede hacer el cambio de PTP al que el empleado haya elegido. Éste puede ser el médico personal u osteópata, el quiropráctico, acupunturista personal o médico de preferencia dentro de un área geográfica razonable.

Médico Personal (M.D. o D.O.): En caso de tener un médico personal que sea ("M.D.") u osteópata ("D.O."), y el empleado quiera designar a dicho médico como el PTP, el empleado tendrá que hacerlo por escrito antes de que ocurra la lesión. El médico tiene que estar de acuerdo en atender al empleado por una lesión o enfermedad de trabajo antes de que la misma suceda.

FORMULARIOS OPTATIVOS

DESIGNACIÓN PREVIA DEL MÉDICO PERSONAL

En caso de que usted sufra una lesión o enfermedad relacionada con su empleo, usted puede recibir tratamiento médico por esa lesión o enfermedad de su médico particular (M.D.), médico osteópata (D.O.) o grupo médico si:

- usted tiene un plan de salud grupal
- el médico es su médico familiar o de cabecera, que será un médico que ha limitado su práctica médica a medicina general o que es un internista certificado o elegible para certificación, pediatra, gineco-obstetra, o médico de medicina familiar y que previamente ha estado a cargo de su tratamiento médico y tiene su expediente médico
- su "médico particular" puede ser un grupo médico si es una corporación o sociedad o asociación compuesta de doctores certificados en medicina u osteopatía, que opera un integrado grupo médico multidisciplinario que predominantemente proporciona amplios servicios médicos para lesiones y enfermedades no relacionadas con el trabajo.
- antes de la lesión su médico está de acuerdo a proporcionarle tratamiento médico para su lesión o enfermedad de trabajo
- antes de la lesión usted le proporcionó a su empleador por escrito lo siguiente: (1) notificación de que quiere que su médico particular le brinde tratamiento para una lesión o enfermedad de trabajo y (2) el nombre y dirección comercial de su médico particular.

Puede utilizar este formulario para notificarle a su empleador que desea que su médico particular o médico osteópata lo atienda para una lesión o enfermedad de trabajo y que los requisitos mencionados arriba han sido cumplidos.

Para (nombre del empleador):

En caso de tener una lesión o enfermedad laboral, elija que me atienda:

Nombre del doctor:

Calle, Ciudad, Estado y Código Postal

Teléfono:

Nombre del Empleado (en letras de molde, por favor):

Dirección del Empleado:

Firma del Empleado:

Fecha:

(Médico o Designación del Empleado del Médico o Grupo Médico)

El médico no está obligado a firmar este formulario, sin embargo, si el médico o empleado designado por el médico o grupo médico no firma, será necesario presentar documentación sobre el consentimiento del médico de ser designado previamente de acuerdo al Código de Reglamentos de California, Título 8, sección 9780.1(a) (3).

Título 8, Código de Reglamento de California, sección 9783. DWC Formulario 9783 (1 de Julio de 2014)

Nota para el Empleado: A menos que un empleado esté de acuerdo, ni el empleador ni el ACM se comunicarán con su médico personal para confirmar una designación previa [CCR 9780.1(f)]. Si su médico no firma el formulario anterior, se requerirá otra documentación de su designación previa antes de que se sufra una lesión. Si usted está de acuerdo después de recibir este formulario que su empleador o ACM pueden comunicarse con su médico para confirmar la designación previa, por favor firme abajo:

Firma del Empleado:

Nº de Identifi del Empleado:

Fecha:

Note to Physician: Los servicios médicos de indemnización del trabajador están sujetos a autorización previa de servicios que no sean de emergencia; revisión de utilización; requisitos de presentación de informes; y la Lista Ofi de Honorarios Médicos de California. La siguiente información opcional puede ayudar a la comunicación y facilitar el proceso de autorización, generación de informes, registros y pagos:

Gerente de Ofi / Contacto de Facturación:

Número telefónico:

Dirección Postal (si es diferente al domicilio):

Fax:

Correo electrónico:

Licencia Médica nº:

Identifi Tributaria nº:

Red de Profesionales Médicos (MPN): Debido a que es el empleador el que ofrece la MPN, el médico de la red es el que, en general, va a ser el PTP mientras dure el tratamiento, si bien se puede efectuar el cambio a otro médico de la red en cualquier momento antes o después de la consulta. En caso de querer hacer el cambio a un quiropráctico o acupunturista, incluyendo un quiropráctico personal o acupunturista personal antes de la lesión, el profesional tiene que estar en la red. El empleador o el ACM pueden brindar información adicional con respecto a la red y los derechos del empleado según el plan.

Información Acerca de Indemnización Laboral

FORMULARIO OPTATIVO

NOTIFICACIÓN DE QUIROPRÁCTICO PERSONAL O ACUPUNTURISTA PERSONAL

Si su empleador o la compañía de seguros de su empleador no tiene una Red de Proveedores Médicos establecida, posiblemente puede cambiar su médico que lo está atendiendo a su quiropráctico o acupunturista personal después de una lesión o enfermedad de trabajo. Para hacer este cambio, usted debe darle por escrito a su empleador el nombre y la dirección comercial de un quiropráctico o acupunturista personal antes de la lesión o enfermedad. Generalmente, su administrador de reclamos tiene el derecho de elegir al médico que le proporcionará el tratamiento dentro de los primeros 30 días después de que su empleador sepa de su lesión o enfermedad. Después de que su administrador de reclamos ha iniciado su tratamiento con otro médico durante este tiempo, puede entonces usted, bajo petición, transferir su tratamiento a su quiropráctico o acupunturista personal. Puede utilizar este formulario para notificarle a su empleador de su quiropráctico o acupunturista personal. La ley estatal no permite que un quiropráctico siga como su médico después de 24 visitas.

Nombre del quiropráctico o acupunturista (D.C., L.A.C.):

Calle, Ciudad, Estado, Código Postal:

Teléfono:

Nombre del Empleado (en letra de bloque):

Dirección del Empleado:

Firma del Empleado:

Fecha:

Título 8, Código de Reglamento de California, sección 9783.1 DWC Formulario 9783.1 (1 de julio de 2014)

Nota para el Empleado: La ley estatal no permite que un quiropráctico sea un médico tratante más allá de un máximo de 24 visitas. El quiropráctico personal debe ser el quiropráctico habitual y habilitado (D.C.) que haya ordenado un tratamiento previo y que tenga los documentos pertinentes, incluyendo la historia del tratamiento quiropráctico. El acupunturista debe ser un acupunturista habitual y habilitado (L.A.C.) que haya ordenado un tratamiento previo y que tenga los documentos pertinentes, incluyendo la historia del tratamiento de acupuntura.

Si el empleador ofrece una Red de Profesionales Médicos para Accidentes de Trabajo (MPN), el empleado podrá únicamente cambiar a un quiropráctico o acupunturista personal dentro de la red de MPN. En caso de que el empleado sea miembro de la Organización de Atención de la Salud por Accidentes de Trabajo (HCO) rigen normas diferentes, por este motivo, consultar con el empleador o administrador de reclamos, si ese es el caso.

BENEFICIOS

Atención Médica: ACM paga directamente los gastos médicos por tratamiento razonable y necesario en nombre del empleador. El empleado jamás debe recibir las facturas médicas por atención autorizada ni efectuar el pago de las mismas. Todas las facturas se envían a American Claims Management a P.O. Box 85251, San Diego, CA 92186. Existe un límite en algunos de los servicios médicos.

Discapacidad Temporal: En caso de que el empleado no esté en condiciones de trabajar por más de tres días, incluyendo los fi de semana, tiene derecho a recibir pagos por discapacidad temporal (TD) como reemplazo del salario que no pudo recibir. Dos semanas después del reporte de la lesión, el empleado recibirá un cheque de ACM. Este cheque continuará llegando cada dos semanas hasta que los médicos digan que el empleado está en condiciones de volver al trabajo o hasta que digan que el cuadro médico es "permanente y estacionario." (Los pagos no se efectúan durante los tres primeros días, salvo, sin embargo, que el empleado esté internado en un hospital o no esté en condiciones de trabajar por más de 14 días.) El monto de estos cheques es de dos-tercios del salario promedio del empleado, supeeditado a los mínimos y máximos establecidos por la legislación del Estado. No hay deducciones y los pagos son libres de impuestos. Según la legislación de California, los pagos por TD por una única lesión no deben extenderse por más de 104 semanas remunerables en el transcurso de cinco años a partir de la fecha de la lesión, o por más de 240 semanas en el transcurso de cinco años a partir de la fecha de la lesión para determinadas lesiones a largo plazo tales como quemaduras de gravedad o enfermedad pulmonar crónica. Si se llega al período máximo del pago de la TD antes de poder volver al trabajo o antes de que el cuadro médico sea permanente y estacionario, el empleado puede recibir benefi de discapacidad por medio del Departamento de Desarrollo Laboral de California (EDD). Es posible que el empleado también pueda recibir estos benefi si el pago por TD se niega o se demora.

Discapacidad Permanente: Si el médico dice que la lesión o enfermedad tiene como consecuencia limitaciones o restricciones permanentes en la capacidad laboral del empleado, el empleado podría tener la posibilidad de recibir pagos por discapacidad permanente. El monto depende del informe del doctor, de cuánto de dicha discapacidad permanente haya sido causa directa del trabajo y demás factores como edad, ocupación, tipo de lesión y fecha de la lesión. El pago del benefi también se puede ver afectado por el hecho de que si el empleador hizo o no una oferta adecuada para volver al trabajo, y si el empleado la aceptó o no. Los montos mínimos y máximos están determinados por la legislación del Estado, pero si el empleado tiene una discapacidad permanente, ACM enviará una carta con la explicación de cómo se calculó el benefi. En general, el monto total se establece de acuerdo con una tasa semanal distribuida sobre

después del pago fi por discapacidad, o en caso de que el empleado no estuviera recibiendo pagos temporales por discapacidad, 14 días después de que el doctor diga que el estado es permanente y estacionario. Después de eso, el benefi se pagará cada

14 días hasta que el empleado reciba el máximo, hasta que se resuelva el caso o reciba una cantidad total como pago.

Benefi por Fallecimiento: Si la lesión o enfermedad es la causa del fallecimiento, los pagos se efectuarán a las personas que dependían económicamente del empleado. Estos benefi están establecidos en la legislación del Estado y el monto depende de la cantidad de dependientes y de la fecha de la lesión. La indemnización laboral también brinda aportes para el funeral.

Benefi Suplementario por Desplazamiento Laboral: Una vez que ACM recibe un informe médico de que usted se ha recuperado lo más posible de su lesión ocupacional y su lesión resulta en discapacidad permanente, en un período no mayor de 60 días, ACM enviará una carta informándole si su empleador tiene una labor modifi o trabajo alternativo disponible para usted. Si su empleador no le ofrece trabajo modifi o alternativo, ACM tiene 20 días para ofrecerle el Benefi Complementario de Desplazamiento Laboral. Se trata de un bono no transferible de \$ 6000 que se debe utilizar en una escuela acreditada del Estado para recibir recapacitación relacionada con la educación o perfeccionamiento profesional. Hay límites de cuánto usted puede gastar en algunas cosas, pero si usted reúne los requisitos, obtendrá información sobre qué tipos de gastos están cubiertos, los límites, requisitos de documentación y plazos para el uso de este benefi o.

Other Benefits:

Para aclarar, el seguro de Indemnización del Trabajador cubre lesiones y enfermedades ocurridas en el lugar de trabajo y es pagado en su totalidad por su empleador, mientras que el Seguro de Discapacidad del Estado (SDI) cubre lesiones o enfermedades ocurridas fuera del trabajo, y es pagado mediante deducciones de su cheque de pago. Si usted no está recibiendo benefi de indemnización del trabajador, usted puede ser elegible para recibir benefi del SDI. Para obtener más información, llame a la ofi estatal local de Desarrollo de Discapacidad de Empleo que fi en las páginas del gobierno de su guía telefónica o visite www.EDD.ca.gov/disability/.

Si el estado determina que el monto por discapacidad permanente con derecho a indemnización del trabajador es muy bajo en comparación con la pérdida de ganancias futuras, usted puede califi para recibir dinero adicional de un Fondo de Retorno al Trabajo, aprobado por los legisladores del estado en 2012. Este fondo es administrado por el Departamento de Relaciones Industriales; se incluirán detalles sobre la elegibilidad y cómo solicitarlo en las normas estatales. Si usted cree que reúne los requisitos, comuníquese con la ofi local de Información y Asistencia de DWC que aparece en su centro de trabajo o puede llamar al 800.736.7401 o visitar el sitio Web de la División de Indemnización del Trabajador www.DWC.ca.gov.

¿PREGUNTAS?

Para cualquier pregunta, dirigirse al supervisor que corresponda o a ACM. La dirección y el número de teléfono de ACM aparecen al fi de este documento. También se puede comunicar con el personal de información y asistencia de la División de Indemnización Laboral del Estado (DWC). El personal de información y asistencia está a disposición sin costo alguno para contestar cualquier pregunta, consulta de problemas y para brindar por escrito información adicional sobre indemnización laboral. La ofi local aparece al fi de este documento y está publicada en su lugar de trabajo o puede llamar al 800.736.7401, consultar las páginas blancas de las guías telefónicas locales bajo Ofi del Gobierno Estatal/Relaciones Industriales/Indemnización Laboral o visitar el sitio web de DWC en www.dir.ca.gov/dwc.

OFICINAS DE INFORMACIÓN Y ASISTENCIA

Anaheim (714) 414-1801	Marina del Rey (310) 482-3820	Salinas (831) 443-3058	Santa Rosa (707) 576-2452
Bakersfield (661) 395-2514	Oakland (510) 622-2861	San Bernardino (909) 383-4522	Stockton (209) 948-7980
Eureka (707) 441-5723	Oxnard (805) 485-3528	San Diego (619) 767-2082	Van Nuys (818) 901-5367
Fresno (559) 445-5355	Pomona (909) 623-8568	San Francisco (415) 703-5020	
Goleta (805) 968-4158	Redding (530) 225-2047	San Jose (408) 277-1292	
Long Beach (562) 590-5240	Riverside (951) 782-4347	San Luis Obispo (805) 596-4159	
Los Angeles (213) 576-7389	Sacramento (916) 928-3158	Santa Ana (714) 558-4597	

Reclamos Administrados por:

American Claims Management

P.O. Box 85251

San Diego, CA 92186

Línea Telefónica Gratuita 866.671.5042

ACMclaims.com



NO DISCRIMINACIÓN: Es ilícito que el empleador despidiera o efectúe algún tipo de discriminación contra algún empleado como consecuencia de la presentación de un reclamo, de la intención de presentar un reclamo, del recibo de una indemnización, por declarar o tener la intención de declarar a favor de otro empleado lesionado. Si se determina que el empleador discriminó a algún empleado, se le podría ordenar al empleador que vuelva a contratar a dicho empleado, que le reembolse el salario que no recibió, que le otorgue beneficios laborales y que le pague una mayor indemnización, gastos y costos hasta el máximo que disponga la legislación del estado.

EL FRAUDE PARA RECIBIR INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE DE TRABAJO ES UN DELITO

Toda persona que presente o sea la causa de que se presenten declaraciones falsas o fraudulentas con el fin de recibir o negar beneficios o indemnización laboral es culpable de un delito.