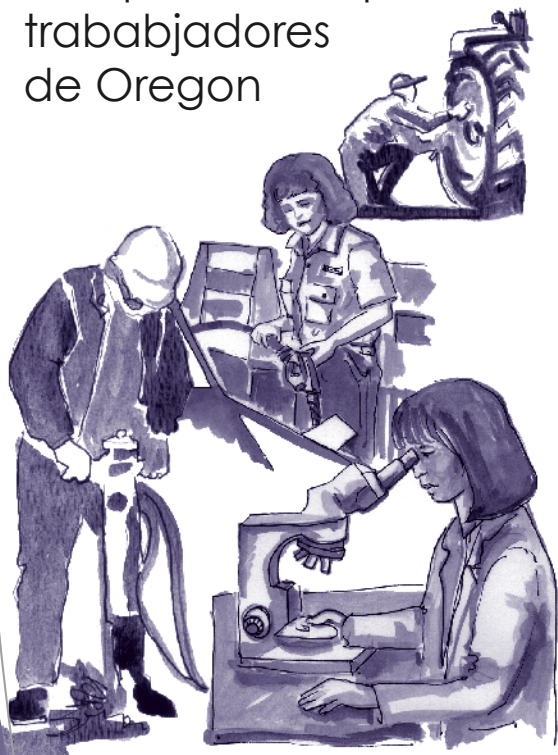


¿Qué sucede si me lesiono en el trabajo?

Una guía referente a
los beneficios derechos,
y responsabilidades de
compensación para
trabajadores
de Oregon



Información acerca de la reclamación

Aseguradora:	Teléfono:
Representante de la aseguradora:	
Número de reclamación:	Fecha de lesión:
Médico primario:	
Nombre de su empleador:	

Por favor complete la información arriba mencionada para sus récords. Esta información es importante y le ayudará a desenvolverse en el sistema de compensación para trabajadores.

Proteja sus derechos:

Manténgase en contacto con su **aseguradora**, proveedor médico de su elección, y su abogado (si lo tiene). Su empleador puede proveerle el nombre y número de teléfono de su aseguradora de compensación para trabajadores.

La División de **Compensación para Trabajadores (WCD)** puede informarle acerca de sus derechos y obligaciones. La WCD ayuda a trabajadores, aseguradoras, empleadores, abogados y proveedores médicos a encontrar respuestas a preguntas relacionadas con compensación para trabajadores. Para más información llame a la línea de ayuda de compensación para trabajadores al 1-800-452-0288 o visite: www.wcd.oregon.gov.

La oficina del **Ombudsman para Trabajadores Lesionados** es la oficina del estado que actúa como representante independiente para ayudar al trabajador lesionado a entender sus derechos y obligaciones, investiga quejas y toma acción para resolverlas. Para más información llame a la línea de ayuda al trabajador lastimado al 1-800-927-1271 o visite: www.oregon.gov/DCBS/OIW.

Si usted quiere consultar con un abogado especializado en compensación para trabajadores, póngase en contacto con la Asociación de Abogados de Oregon (Oregon State Bar) al 1-800-452-7636 o visite: www.oregonstatebar.org.

También puede visitar los siguientes sitios Web —

Ombudsman para Trabajadores Lesionados

egov.oregon.gov/DCBS/OIW/

División de Compensación para Trabajadores

www.wcd.oregon.gov



Conforme al Acta de Americanos Incapacitados (ADA), esta publicación puede obtenerse en formatos alternativos.

Llame a la División de Compensación para Trabajadores al: 503-947-7810, para ayuda en español 1-800-843-8086.

Los materiales en esta publicación son de dominio público y pueden ser reimpresos sin autorización

Tabla de contenidos

Primeros pasos	6
¿Cómo presento una reclamación?	
¿Cómo obtengo tratamiento médico?	
¿Cómo obtengo servicios de interpretación?	
¿Si no puedo trabajar, recibiré pago por salario perdido?	
Consejos útiles	8
Estado de la reclamación	8
¿Qué es un periodo interino?	
¿Qué es aceptación o rechazo de una reclamación?	
¿Qué pasa si la aseguradora rechaza mi reclamación basándose en un examen médico independiente?	
Tratamiento médico	10
¿Tengo, derechos de privacidad durante exámenes médicos?	
¿Qué son los beneficios médicos interinos?	
¿Qué facturas médicas pagará la aseguradora?	
¿Qué pasa si mi reclamación es negada y mi proveedor de servicios médicos me envía facturas?	
¿Quién puede ser mi médico primario?	
¿Cuáles son las responsabilidades del proveedor médico?	
¿Qué debo hacer si quiero cambiar mi médico primario?	
¿Qué pasa si mi proveedor médico recomienda cirugía electiva?	
¿Qué pasa si mi aseguradora me registra en una organización de manejo del cuidado médico?	
¿Qué es un examen médico independiente?	
¿A qué tipo de cuidado médico tengo derecho después de una condición médicamente estacionaria?	
¿Qué es una nueva condición o una condición médica omitida?	
Pago por tiempo perdido (incapacidad temporal)	17
¿Se me pagará, si no puedo trabajar a causa de mi lesión?	
¿Hay un tiempo de espera para recibir beneficios?	
¿Cómo se calcula el salario que recibiré por tiempo perdido?	
Beneficios suplementarios por incapacidad	
Regresando a trabajar	20
¿Cuales son mis derechos cuando regrese a trabajar?	
¿Hay algún beneficio al quedarme en el trabajo o por retornar al trabajo?	
¿Qué es trabajo modificado?	

¿Qué asistencia para re-empleo hay disponible de parte de la División de compensación para Trabajadores?

¿Califico yo para asistencia vocacional?

Clausura de una reclamación..24

¿Qué es una Notificación de clausura?

¿Qué es una incapacidad parcial permanente?

¿Qué es una incapacidad total permanente?

¿Qué son beneficios por fatalidad?

¿Qué hago si no estoy de acuerdo con la Notificación de Clausura?

¿Qué pasa si mi condición aceptada empeora?

Derechos de apelación y acuerdos de reclamaciones27

¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con una decisión?

¿Qué es un acuerdo de reclamación disputada?

¿Qué es un acuerdo de disposición de reclamación?

¿Qué son las multas por pago retrasado?

¿Son mis archivos confidenciales?

Glosario de términos usados en compensación para trabajadores.....30

Cuadro sinóptico del proceso de reclamación.....34

Directorio de servicios.....36

Información importante

- En este folleto, usamos el término general **“proveedor médico”** para describir a una persona o entidad autorizada para practicar medicina. Proveedores médicos incluyen: doctores, enfermeras, doctores quiroprácticos, entre otros, así como también hospitales, clínicas, u otros proveedores de servicios médicos.
- **Algunos proveedores médicos solo pueden prestar servicios por un tiempo limitado y no todos pueden autorizar al trabajador a perder días de trabajo.**
- **Su proveedor médico le puede explicar cuáles son las limitaciones en los servicios.**

Si tiene preguntas después de leer este folleto, póngase en contacto con su aseguradora, el Ombudsman para Trabajadores Lesionados, o la División de Compensación para Trabajadores para obtener información acerca de las leyes y reglamentos de Oregon. Puede encontrar los números de contactos importantes al final de este folleto.

Primeros pasos

¿Cómo presento una reclamación?

- Si se lesionó, o sufre una enfermedad a causa de su trabajo, infórmele inmediatamente a su empleador.
- Pídale a su empleador el **Formulario 801, “Reporte de Lesión o Enfermedad en el Trabajo”**. El formulario puede ser encontrado en: http://www.cbs.state.or.us/wcd/policy/bulletins/docconv_12544/801s.pdf. Complete la parte que corresponde al “trabajador” y devuélvale el formulario a su empleador.
- El empleador completará la parte que le corresponde, le dará una copia a usted para sus archivos, y enviará el formulario a la aseguradora de compensación para trabajadores.
- Pídale a su empleador el nombre y número de teléfono de la aseguradora. Manténgase en contacto con su aseguradora, ésta es su contacto primario.
- Puede obtener atención médica de cualquier proveedor médico *de su elección*, asegúrese de informar al médico que usted se accidentó en el trabajo. Recuerde: su empleador no puede escoger el médico por usted.
- En su primera visita el proveedor médico le proporcionará el **formulario 827, “Reporte del Trabajador y Médico para Reclamaciones de Compensación para Trabajadores”** El formulario puede ser encontrado en: http://www.cbs.state.or.us/wcd/policy/bulletins/docconv_12544/827s.pdf. Complete, la parte que le corresponde, el doctor enviará el formulario a la aseguradora y le dará a usted una copia para sus archivos..

Questions?

Ombudsman for Injured Workers: 800-927-1271
Workers' Compensation Division: 800-452-0288

¿Cómo obtengo tratamiento médico?

- Usted puede obtener atención médica de un proveedor médico **de su elección**, para la reclamación inicial incluyendo:
 - Enfermera practicante autorizada,
 - Doctor quiropráctico,
 - Médico,
 - Doctor naturópata,
 - Cirujano dental,
 - Doctor osteopático,
 - Asistente médico,
 - Doctor podólogo,
 - Otros proveedores médicos.
- Si su reclamación es aceptada, la aseguradora está obligada a pagar solamente por el tratamiento médico relacionado con las condiciones listadas en la “Notificación de Aceptación.”
- Si su reclamación es negada, usted podría ser responsable por las facturas médicas.
- Su aseguradora tiene derecho a inscribirlo en cualquier momento en una **organización de cuidado administrado, o MCO**. Si tiene preguntas sobre sus opciones de tratamiento bajo una MCO, contacte a su aseguradora.

¿Cómo obtengo servicio de interpretación?

- Usted puede escoger cualquier persona para que le ayude a comunicarse con un proveedor médico si es que el proveedor y usted hablan diferentes lenguas, incluyendo el lenguaje de señas. Es posible que la aseguradora pague por servicios de interpretación si es que dicho servicio es para una reclamación o condición aceptada; sin embargo, la aseguradora no tiene que pagar por servicios de interpretación si es que usted elige usar un familiar o amigo como intérprete.

Nota: Para la definición de los términos escritos en **letras cursivas resaltadas** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 30 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 34.

- Para programar los servicios de un intérprete usted puede ponerse en contacto con una compañía que ofrezca servicios de interpretación, su doctor, o su aseguradora para pedir el servicio. El proveedor médico puede desaprobar el intérprete elegido por usted si es que él o ella sienten que la interpretación no es correcta.
- Usted puede ser responsable de pagar por los servicios de interpretación si es que la aseguradora determina que dichos servicios no son relacionados con la condición aceptada. La compañía de servicios de interpretación deberá enviar los cargos por servicios a la aseguradora de compensación para trabajadores.
- Para más información acerca de servicios de interpretación y sus opciones póngase en contacto con la Sección Médica de la División de Compensación para Trabajadores al 503-947-7606 o visite nuestro sitio web www.wcd.oregon.gov.

Si no puedo trabajar, ¿recibiré mi sueldo por tiempo perdido?

- Si no puede trabajar, debe tener una autorización escrita de su médico. Pídale a su médico la autorización por escrito y asegúrese de que su empleador y la aseguradora reciban una copia lo más pronto posible.
- No se le pagará por los tres primeros días calendarios fuera del trabajo, a menos que esté fuera del trabajo por 14 días consecutivos, o sea hospitalizado como paciente interno dentro de los primeros 14 días.
- Si la aseguradora niega su reclamo antes de que pasen 14 días desde que usted reportó la lesión a su empleador, usted no recibirá pago por tiempo perdido.

¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271
División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

Consejos útiles

- Ponga atención a los límites de tiempo y a las instrucciones que recibe sobre citas médicas.
- Si no actúa a tiempo, o no apela las decisiones con las que está en desacuerdo, puede perder sus derechos. Si tiene preguntas sobre su reclamación o los documentos que recibe, llame a su aseguradora.
- Lea cuidadosamente todas las notificaciones que reciba, y mantenga copias de toda la correspondencia que usted envía y recibe.
- Asista a todas sus citas médicas.
- Comuníquese con su empleador inmediatamente cuando su doctor le dé autorización para volver al trabajo.
- Manténgase en contacto con su doctor, e informe a su empleador de las restricciones que el doctor le ha dado. Si su empleador le ofrece trabajo modificado o trabajo liviano, usted tiene que cooperar con los esfuerzos del empleador para ayudarlo a que vuelva a trabajar.

Estado de la reclamación

¿Qué es un periodo interino?

El **periodo interino** empieza cuando usted le informa a su empleador que se lastimó en el trabajo o que está presentando una reclamación, y termina en la fecha en que la aseguradora acepta o rechaza su reclamo. Durante el periodo interino, la aseguradora pagará solamente por tratamiento médico limitado (lea la parte sobre “Tratamiento médico” en la página 10 para más información). Para más información acerca de sus beneficios por tiempo perdido de trabajo, lea “Pago por tiempo perdido (incapacidad temporal)” en la página 17.

La aseguradora no tiene que pagarle beneficios si es que niega la reclamación antes de que pasen 14 días a partir de la fecha en que usted informó a su empleador sobre su lesión o reclamación.

Nota: Para la definición de los términos escritos en **letras cursivas resaltadas** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 30 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 34.

¿Qué es la aceptación o rechazo de una reclamación?

La aseguradora debe aceptar o rechazar su reclamación antes de que pasen 60 días a partir de la fecha en que su empleador fue notificado de que usted se lesionó o de que presentó una reclamación.

- Si su reclamación es aceptada la aseguradora le enviará una “Notificación de Aceptación” que listará las condiciones médicas aceptadas.
- Si cree que la aseguradora no ha listado todas las condiciones causadas por la lesión, debe pedir por escrito que la aseguradora añada las condiciones que no están listadas. Si cree que la notificación no está completa o tiene errores, debe notificar a la aseguradora por escrito del error.
- Si la aseguradora niega su reclamación, ésta le enviará una carta especificando las razones por las cuales la reclamación fue negada y sus derechos de apelación.

¿Qué pasa si la aseguradora niega mi reclamación basándose en un examen médico independiente, o IME?

Si la aseguradora niega su reclamación basándose en un **examen médico independiente, o IME**, puede que usted califique para un **examen médico pedido por el trabajador, o WRME**, el cual es pagado por la aseguradora. Para calificar para un WRME, las siguientes condiciones deben ser cumplidas:

- La negación debe estar basada en un reporte de IME
- Su médico primario debe estar en desacuerdo con el reporte del IME; y
- Usted debe pedir una audiencia con la Junta Directiva para apelar la negación.

Si usted cumple con estas condiciones, y quiere pedir un WRME o necesita más información, llame a la División de Compensación para Trabajadores al 1-800-452-0288.

¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271
División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

Tratamiento médico

¿Tengo derecho a la privacidad durante los exámenes médicos?

Usted tiene derecho a tener privacidad durante los exámenes médicos. Ni su empleador ni la aseguradora pueden enviar a un representante a la cita médica sin que usted lo haya autorizado por escrito. Si usted se niega a dar autorización, sus beneficios no pueden ser suspendidos o reducidos.

¿Qué son los beneficios médicos interinos?

El periodo interino empieza la fecha en que su empleador se entera que usted ha presentado una reclamación y terminará cuando la aseguradora determina si acepta o rechaza su reclamo.

Durante el periodo interino, la aseguradora pagará solamente por los siguientes tratamientos médicos:

- Servicios diagnósticos requeridos para identificar el tratamiento adecuado o para prevenir una incapacidad;
- Medicinas requeridas para aliviar el dolor;
- Servicios requeridos para estabilizar su condición o para prevenir una incapacidad. Ejemplos incluyen, pero no están limitados a:
 - Medicamentos antibióticos o anti-inflamatorios
 - Terapia física y otras terapias conservativas
 - Procedimientos quirúrgicos necesarios
- Si la aseguradora de compensación para trabajadores niega su reclamo y usted tiene beneficios de seguro de salud, dé al médico la información de su seguro de salud. Su proveedor médico arreglará con su seguro médico y la aseguradora de compensación para trabajadores el pago de los gastos hasta la fecha de la negación.
- Si su reclamación es negada y usted no tiene seguro de salud, usted puede ser responsable por los gastos incurridos por su tratamiento médico.

Nota: El Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan) no es considerado como seguro de salud. Si tiene preguntas acerca de sus beneficios durante el periodo interino, llame a su aseguradora de compensación para trabajadores.

Nota: Para la definición de los términos escritos en *letras cursivas resaltadas* en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 30 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 34.

¿Qué facturas médicas pagará la aseguradora?

Si su aseguradora acepta la reclamación, ésta pagará por:

- El tratamiento médico que usted reciba en relación con la lesión sufrida en el trabajo,
- Medicinas recetadas, y
- Gastos de transportación, comidas, y hospedaje necesario para atender citas médicas con algunas limitaciones.

Su doctor no debe cobrarle por los servicios médicos. Las facturas deben ser enviadas directamente a la aseguradora de compensación para trabajadores.

Es posible que la farmacia pueda facturar a la aseguradora directamente por sus prescripciones.

Si se requiere que usted pague de su bolsillo por los medicamentos, usted tiene hasta dos años a partir del día en que usted pagó por la prescripción para solicitar por escrito a la aseguradora que le reembolse por los gastos, debe adjuntar copias de sus recibos como prueba de pago. La aseguradora tiene 30 días para pedir información adicional o reembolsarle por los gastos.

¿Qué pasa si mi reclamación es negada y mi proveedor médico me envía facturas?

Si la aseguradora niega su reclamación, el proveedor médico tiene derecho a enviarle a usted una copia de la factura por los servicios médicos provistos.

Si usted apela la negación del reclamo, es posible que el proveedor no intente cobrarle nuevamente hasta que:

- El proceso de apelación termine, o
- Usted llegue a un acuerdo de la reclamación.

Si usted no apela la negación, su proveedor médico puede cobrarle por los gastos.

Si tiene seguro de salud, el proveedor está obligado a enviar las facturas al seguro de salud.

¿Quién puede ser mi médico primario?

El término **“médico primario”** (attending physician) se usa en el sistema de compensación para trabajadores para designar al médico responsable de autorizar beneficios por tiempo perdido de trabajo y por

¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271
División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

supervisar el servicio médico que usted recibe de otros proveedores médicos por su lesión en el trabajo. Esto también puede incluir supervisión de otros proveedores médicos, tales como especialistas y terapistas que usted pueda consultar para recuperarse de su lesión en el trabajo. Bajo la ley de Oregon los siguientes proveedores médicos pueden ser considerados médicos primarios:

- Médicos;
- Doctores podólogos;
- Doctores osteopáticos;
- Cirujanos dentales o maxilofaciales;
- Doctores quiroprácticos, naturópatas, y asistentes médicos que han sido autorizados por el director del Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios (DCBS); y
- Proveedores médicos designados como médicos primarios por una organización de cuidado administrado (MCO).

¿Cuáles son las responsabilidades del médico primario?

El médico primario:

- Autoriza el pago por tiempo perdido si usted no puede trabajar,
- Autoriza la reducción de horas o modificación de tareas,
- Autoriza al trabajador a volver al trabajo, y
- Decide cuándo usted está ***médicamente estacionario***.

Los médicos de sala de emergencia que no son médicos primarios sólo pueden autorizar tiempo perdido por 14 días.

A pesar de que los doctores quiroprácticos, naturópatas, y los asistentes médicos pueden actuar como médicos primarios, ellos solo pueden:

- Ser su médico primario por 18 visitas o 60 días consecutivos a partir de la primera visita, lo que ocurra primero.
- Autorizar tiempo perdido por 30 días a partir de la primera visita.

Nota: Para la definición de los términos escritos en ***letras cursivas resaltadas*** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 30 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 34.

Tratamiento médico

- Excepto por los doctores quiroprácticos, no pueden hacer una **determinación de incapacidad**.

Los enfermeros practicantes autorizados no están designados como médicos primarios. Sin embargo ellos pueden:

- Proveer tratamiento al trabajador por 90 días,
- Autorizar pago por tiempo perdido por 60 días,
- Autorizar trabajo liviano o modificado hasta por 60 días,
- Autorizar al trabajador a volver al trabajo en 60 días,
- Decidir cuándo la lesión se vuelve médicamente estacionaria hasta por 90 días, y
- Referir al trabajador a un médico primario para un examen de clausura si usted parece tener una incapacidad permanente.

Los proveedores médicos que no califican para ser médicos primarios y que no son enfermeros practicantes autorizados:

- Pueden tratarlo independientemente sólo por 30 días o 12 visitas, lo que ocurra primero;
- No pueden autorizar ni pagos por tiempo perdido ni trabajo modificado; y
- Deben ser autorizados por un médico primario o un enfermero practicante autorizado, para continuar tratando al trabajador después de que se cumplan 30 días o 12 visitas.

¿Qué debo hacer si quiero cambiar de médico?

Ya que su médico primario es responsable por su tratamiento, usted puede tener solamente un médico primario a la vez.

Una vez que escoge su médico primario, puede cambiar de médico dos veces más. Para cualquier otro cambio de médico primario necesita obtener autorización de la aseguradora.

Para cambiar de médico primario, llene el Formulario 827 en la oficina de su nuevo doctor, el cual enviará el formulario a la aseguradora.

¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271
División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

Si la aseguradora no aprueba el cambio adicional de médico primario, puede solicitar aprobación de la División de Compensación para Trabajadores.

Los siguientes **no** son considerados cambios de médico primario:

- Si un doctor lo trata en la sala de emergencia;
- Si su médico primario lo envía a un especialista pero continúa siendo responsable por su cuidado médico.
- Si usted cambia de médico primario por causas que están fuera de su control. Por ejemplo:
 - El proveedor médico tiene limitaciones en cuanto a su tratamiento,
 - Usted o su médico se mudan fuera del área, o
 - La aseguradora lo inscribe en una MCO.

Una vez que está inscrito en una MCO. Sus beneficios pueden ser diferentes. Póngase en contacto con la aseguradora para más información.

¿Qué pasa si mi médico me recomienda cirugía electiva?

Una cirugía electiva es una operación que no es de emergencia. Antes de programar una cirugía electiva, el proveedor médico debe notificar a la aseguradora, la cual tiene derecho a pedir una segunda opinión. (Los procedimientos de una MCO pueden variar.)

Si la aseguradora cree que no hay necesidad de una cirugía, ésta debe pedir a la División de Compensación para Trabajadores que determine si la cirugía es apropiada.

¿Qué pasa si mi aseguradora me inscribe en una organización de cuidado administrado, o MCO?

Si la cobertura de seguro de su empleador es provista por una **organización de cuidado administrado**, la aseguradora puede inscribirlo en una, **MCO** a cualquier momento después de su lesión. Se le puede requerir que elija un médico primario de una lista que le proveerá la aseguradora con la notificación de inscripción.

Nota: Para la definición de los términos escritos en **letras cursivas resaltadas** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 30 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 34.

Hasta que usted reciba notificación de que está inscrito en una MCO, cualquier médico primario puede tratarlo si es que no tiene limitaciones.

Si su médico primario es un médico de salud familiar, médico general, especialista de medicina interna o un enfermero practicante autorizado, podrá continuar tratándolo si él o ella aceptan tratarlo de acuerdo a las condiciones de tratamiento dictadas por el contrato de la MCO.

¿Qué es un examen médico independiente, o IME?

Es un examen médico independiente, hecho a un trabajador lesionado a pedido de la aseguradora, este examen es realizado por un doctor que no es el médico primario del trabajador. Un IME es solicitado por la aseguradora. Un IME no incluye una consulta arreglada por la MCO para un trabajador inscrito.

La aseguradora puede requerir que usted asista a un máximo de tres IMEs escogidos por la aseguradora.

Si usted no asiste a un IME, puede ser multado con \$100 o sus beneficios de compensación para trabajadores pueden ser suspendidos.

Los médicos que realizan el IME:

- No proveerán tratamiento médico.
- Prepararán un reporte solamente en base al examen. El reporte contestará preguntas hechas por la aseguradora acerca de su lesión o enfermedad ocupacional.
- Pueden llevar a cabo una evaluación física o de su capacidad de trabajo.

Si el doctor que realiza el IME va a realizar un procedimiento médico invasivo (un procedimiento médico invasivo es un procedimiento médico en el que se usan agujas, tubos, escalpelos, aparatos laparoscópicos, u otros objetos médicos que penetran el cuerpo):

- Tiene que explicarle los riesgos,
- Tiene que obtener su consentimiento por escrito, y
- Sus beneficios no pueden ser reducidos o suspendidos si se niega a dar autorización para un procedimiento médico invasivo

¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271
División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

La aseguradora pagará todos los costos asociados con el IME y le reembolsará sus gastos.

Si necesita obtener un adelanto para poder asistir al IME, o si cree que necesita compañía para poder atender a la cita debido a la lesión en el trabajo, póngase en contacto con la aseguradora lo antes posible.

Usted puede asistir a la cita acompañado por un amigo o familiar, pero la aseguradora no está obligada a pagar por los gastos de su acompañante.

Para que un amigo o pariente esté presente durante el examen, usted debe llenar, firmar y enviar el formulario "IME Observer Form" (440-3923A) al médico que realizará el IME.

Si necesita un intérprete, por favor póngase en contacto con su aseguradora lo antes posible.

¿A que tipo de cuidado médico tengo derecho después de que mi condición es declarada médicamente estacionaria?

Una vez que su médico determina que su condición no mejorará con tratamientos o con el paso del tiempo, su condición es considerada **médicamente estacionaria** y sus beneficios médicos pueden ser limitados a:

- Medicamentos recetados,
Dispositivos prostéticos, tensores, sostenedores
- Servicios diagnósticos,
Cuidado curativo para estabilizar una condición
- Tratamientos para preservar la vida

Para saber qué servicios están cubiertos luego de que su condición es considerada médicamente estacionaria póngase en contacto con su aseguradora o con la División de Compensación para Trabajadores.

¿Qué es cuidado paliativo?

Es un servicio médico que le ayuda a sentirse mejor pero que no cura su condición. El cuidado paliativo será cubierto si usted está trabajando y necesita dicho cuidado para continuar en el trabajo o para asistir a entrenamientos vocacionales. El cuidado será cubierto solamente si es aprobado por la aseguradora o la División de Compensación para Trabajadores.

Nota: Para la definición de los términos escritos en **letras cursivas resaltadas** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 30 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 34.

¿Qué es una condición nueva u omitida?

Una condición nueva es una condición médica que se desarrolla a causa de la lesión original ocurrida en el trabajo. Una condición omitida es una condición que siempre estuvo presente a partir de la lesión en el trabajo pero que no fue aceptada inicialmente por la aseguradora. El trabajador puede solicitar por escrito que la aseguradora acepte una condición nueva u omitida en cualquier momento después de la lesión original. El derecho de pedir que se acepten condiciones nuevas u omitidas continúa incluso después de que sus **derechos de agravación** vencen.

Pago por tiempo perdido (incapacidad temporal)

¿Se me pagará, si no puedo trabajar a causa de mi lesión?

- Si su doctor le autoriza faltar al trabajo o realizar trabajo modificado y esto causa pérdida de su salario, la aseguradora pagará por su tiempo perdido de trabajo.
- La aseguradora le enviará su primer cheque por tiempo perdido dentro los 14 días a partir de la fecha en que recibe la autorización de su proveedor médico.
- No se le pagará ningún pago por tiempo perdido de trabajo que no haya sido autorizado por su proveedor médico.

Si usted tiene que faltar al trabajo recuérdelo a su doctor que envíe la autorización apropiada a la aseguradora. Para asegurarse de que sus pagos lleguen a tiempo usted puede contactar a su aseguradora apenas empiece a faltar al trabajo.

Los beneficios por tiempo perdido **cesarán** en las siguientes situaciones:

- Si su doctor no proporciona la autorización por tiempo perdido de trabajo a la aseguradora;
- Si la aseguradora niega su reclamación;
- Si su doctor le autoriza a regresar a su trabajo regular;

¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271
División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

- Regresa a trabajar recibiendo el mismo sueldo que recibía antes de la lesión;
- Si usted recibe una Notificación de Clausura;
- Usted es encarcelado (ya sea en detención antes de un juicio, o en prisión después de haber sido condenado por un crimen), o
- Si se retira por sí mismo de la fuerza laboral (por ejemplo, se jubila o se hace estudiante de tiempo completo).

Sus beneficios por tiempo perdido también **cesarán o se reducirán** en las siguientes situaciones:

- Su proveedor médico autoriza una oferta escrita ofrecida por su empleador para trabajo modificado que usted es físicamente capaz de realizar pero se niega a aceptar.
- Su proveedor médico autoriza un trabajo con su empleador pero su empleador lo despide (con causa).
- Su doctor le autoriza a regresar al trabajo pero usted no puede trabajar por estar en los Estados Unidos en violación a las leyes federales de inmigración.

¿Hay un periodo de espera antes de recibir beneficios?

Oregon tiene un periodo de tres días de espera antes de recibir beneficios. Usted no recibirá pago por los tres días calendarios siguientes la fecha en que se lastimó a menos que no trabaje por 14 días consecutivos, o si es hospitalizado como paciente interno durante los primeros 14 días después de su lesión.

El primer día que usted pierde de trabajar es el primer día de los tres días del periodo de espera.

Si su doctor lo autoriza a trabajar en trabajo liviano durante los primeros 14 días, **no** se le pagará por los primeros tres días.

¿Cómo se calcula el salario que recibiré por tiempo perdido?

El pago por tiempo perdido de trabajo es también llamado **incapacidad total temporal** (TTD) o **incapacidad parcial temporal** (TPD), y se calcula en

Nota: Para la definición de los términos escritos en **letras cursivas resaltadas** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 30 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 34.

Pago por tiempo perdido

base al salario promedio semanal que usted recibía al momento de la lesión. La aseguradora puede calcular su salario semanal en base al salario que usted recibió durante las 52 semanas antes de su lesión.

- El salario por el tiempo perdido de trabajo será equivalente a dos tercios del promedio semanal de su salario bruto.
- Oregon tiene un límite mínimo y un máximo en los montos pagables a un trabajador lesionado. Este límite es ajustado cada año.
- Si su doctor le autoriza a regresar a un trabajo modificado o liviano en el que gana menos dinero del que ganaba antes de la lesión, puede ser elegible para recibir pagos parciales por tiempo perdido.
- Su salario promedio semanal es un factor importante en el cálculo de sus beneficios por tiempo perdido y es importante verificar que el sueldo adecuado se esté usando en estos cálculos.

Beneficios suplementarios por incapacidad.

Es posible que usted sea elegible para recibir pagos adicionales por tiempo perdido de trabajo con otros empleadores, estos pagos son llamados incapacidad suplementaria. Para ser elegible para beneficios suplementarios por incapacidad usted debe haber tenido más de un empleo sujeto en Oregon al momento de la lesión.

- Usted debe notificar a la aseguradora acerca de sus otros trabajos antes de que pasen 30 días a partir de la fecha en que presentó su reclamación.
- Para recibir pago por tiempo perdido de sus otros trabajos, usted debe presentar a la aseguradora las pruebas de sus otros salarios, (incluyendo talones de cheques o nóminas de pago).
- Usted debe presentar a la aseguradora las pruebas de sus otros salarios para verificación antes de que pasen 60 días a partir de la fecha de la solicitud a la aseguradora, o usted no será elegible para recibir beneficios suplementarios.

¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271
División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

Regresando a trabajar

¿Cuáles son mis derechos cuando regrese a trabajar?

La mayoría de los empleadores de Oregon que tienen más de 20 empleados están obligados a readmitir a un trabajador lesionado en el mismo trabajo que realizaba antes de lesionarse o a un trabajo similar, una vez que el trabajador tiene autorización del médico para regresar al trabajo.

- La aseguradora le enviará una notificación escrita una vez que su proveedor médico le autorice a regresar al trabajo.
- Cuando reciba dicha notificación, usted tiene **siete días calendarios** (o menos si su contrato sindical o las políticas laborales del empleador así lo requieren) para pedirle a su empleador que lo regrese a su trabajo anterior, o a un trabajo similar al que tenía antes de la lesión. Si se pasa de los siete días, perderá su derecho a ser readmitido por su empleador.
- Cuando reciba una autorización para volver a trabajar, llévesela a su empleador lo antes posible ya que pueden haber trabajos disponibles que sean físicamente apropiados para usted.



Nota: Para la definición de los términos escritos en **letras cursivas resaltadas** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 30 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 34.

Si tiene preguntas acerca de sus derechos, o cree que ha sido tratado injustamente a causa de su lesión en el trabajo, comuníquese con el Departamento de Labor e Industrias (BOLI) al 971-673-0761 en Portland, o al 541-686-7623 fuera del área de Portland.

¿Hay algún beneficio por quedarme o retornar a mi trabajo?

Hay estudios que demuestran que los trabajadores lesionados se benefician de regresar al trabajo tan pronto como sea posible después de una lesión en el trabajo.

Quedarse en el trabajo o regresar al mismo prontamente después de una lesión previene que tenga pérdidas financieras y puede ayudarlo a recuperarse más rápidamente.

¿Qué es trabajo modificado?

Si su empleador le ofrece trabajo modificado, contacte a su proveedor médico para saber si usted está físicamente listo para realizar el trabajo. Si su proveedor médico dice que usted puede realizar el trabajo ofrecido, usted tiene que aceptar el trabajo o sus beneficios pueden ser reducidos o suspendidos. Si al regresar al trabajo se da cuenta que no puede realizar las tareas asignadas, contacte a su doctor inmediatamente.

Si el trabajo modificado paga menos de lo que usted ganaba antes de su lesión, usted recibirá pago por la diferencia del salario que está perdiendo.

Usted puede rechazar el trabajo modificado ofrecido sin que sus beneficios por tiempo perdido terminen si es que **alguna** de las siguientes condiciones se cumplen:

- El trabajo **no es** ni con el empleador donde se lesionó, ni en un sitio del cual el empleador donde se lesionó es dueño. (Hay excepciones para personas que trabajan en el cuidado de salud de personas a domicilio [home healthcare workers].)
- Su doctor documenta que usted es físicamente incapaz de viajar al lugar de trabajo.

¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271
División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

- El nuevo lugar de trabajo queda a más de 50 millas de donde trabajaba antes de su lesión, a menos que el lugar de trabajo quede a menos de 50 millas de su domicilio. Sin embargo una distancia mayor a 50 millas puede ser considerada apropiada si su empleador tiene múltiples sitios o sitios móviles de trabajo y usted podría haber sido asignado a uno de esos lugares antes de haberse lastimado.
- El horario o turno a usted asignado difiere de la política laboral escrita, los contratos sindicales, o la práctica común del empleador en cuanto a cambio de horarios.

¿Qué asistencia para re-empleo ofrece la División de Compensación para Trabajadores?

El Programa del Empleador Donde se Lesionó ayuda a los trabajadores a continuar trabajando o a regresar a trabajar con el empleador donde se lastimó. Debido a su lesión en el trabajo, su empleador puede calificar para beneficios que ayudarán a que usted regrese a un trabajo liviano mientras la reclamación esté abierta.

El Programa para el Trabajador Preferido ayuda a los trabajadores lesionados a regresar al trabajo y provee beneficios a los empleadores de Oregon. Si usted tiene una incapacidad permanente debido a su lesión, y su proveedor médico dice que no puede regresar a su trabajo regular, puede ser que usted califique como trabajador preferido.

Si usted es elegible para el Programa para el Trabajador Preferido, recibirá una tarjeta de identificación e información sobre el programa poco después de que se cierre su reclamación.

Si usted cree que puede ser elegible para el Programa para el Trabajador Preferido y no recibe su identificación después de que se cierra su reclamo, llame de manera gratuita al 1-800-445-3948 o al 1-800-696-7161 en el área de Medford para preguntar si califica.

Si tiene preguntas o quiere saber más información sobre el Programa para el Trabajador Preferido, contacte a un representante de forma gratuita al 1-800-445-3948 o al 1-800-696-7161 en el área de Medford.

Nota: Para la definición de los términos escritos en *letras cursivas resaltadas* en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 30 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 34.

¿Califico para asistencia vocacional?

La asistencia vocacional incluye ayuda con colocación de empleo y capacitación. Usted puede calificar para asistencia si como resultado de su condición aceptada cumple con **todos** los siguientes requisitos:

- Tiene una incapacidad permanente causada por su lesión en el trabajo.
- Su doctor no le dio autorización para regresar a su trabajo regular ni tampoco puede regresar a un trabajo que le pague al menos 80% de lo que ganaba antes de lesionarse, y
- Tiene autorización para trabajar en los EEUU.

La aseguradora determinará si califica para asistencia o rehabilitación vocacional antes de que pasen 35 días a partir de cuando su condición se vuelve médicamente estacionaria, y le notificará de la decisión por escrito. Si necesita ayuda para regresar al trabajo, póngase en contacto con su aseguradora inmediatamente.

Si tiene preguntas, puede llamar a la División de Compensación para Trabajadores, al número gratuito 1-800-452-0288 o 1-800-696-7161 en el área de Medford.

Clausura de una reclamación

¿Qué es una Notificación de Clausura?

Las reclamaciones incapacitantes se mantienen “abiertas” o “activas” mientras se recupera de su lesión y son “cerradas” o “inactivas” cuando usted es declarado médicamente estacionario.

Su reclamación también puede ser clausurada si su lesión en el trabajo deja de ser la causa principal de su incapacidad, si ya no necesita tratamiento, o si usted deja de asistir a sus citas médicas. Cuando su reclamación se cierre, la aseguradora le enviará los siguientes documentos:

- Una “Notificación Actualizada al Tiempo de la Clausura” (*Updated Notice of Acceptance at Closure*), la cual lista las condiciones médicas que

¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271
División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

la aseguradora ha aceptado. Si la notificación está incompleta o contiene errores, notifique por escrito a la aseguradora de inmediato.

- El folleto “Entendiendo la Clausura de Reclamaciones y sus Derechos” (*Understanding Claim Closure and Your Rights*), el cual le explica sus derechos, de apelación, y los tipos de cuidados que la aseguradora cubrirá después de que su reclamación sea cerrada.

Después de que sus pagos por tiempo perdido de trabajo terminen, puede tener derecho a beneficios de desempleo (aún cuando ordinariamente sería demasiado tarde para calificar.) Usted debe aplicar antes que pasen cuatro semanas a partir de la fecha de la notificación ordenando la clausura de la reclamación para saber si califica para una “extensión de base anual” especial, disponible para algunos trabajadores lesionados. Para más información comuníquese con la oficina del Departamento de Empleo de Oregon en su área.

¿Qué es una incapacidad parcial permanente, o PPD?

Si su Notificación de Clausura dice que usted tiene una **incapacidad parcial permanente**, esto quiere decir que su lesión resultó en una condición que no ha regresado a la normalidad o al estado en que usted se encontraba antes de la lesión.

Usted puede tener derecho a recibir una suma de dinero de la aseguradora para compensarle por su incapacidad. El monto de la compensación por incapacidad es calculado usando una fórmula determinada por ley, y dependerá de la severidad de la incapacidad. Si la aseguradora le pagó más de lo debido durante el tiempo en que su reclamación estuvo abierta, la aseguradora puede recobrar el sobrepago reduciendo sus pagos por incapacidad permanente o sus futuros beneficios.

Tenga en cuenta lo siguiente acerca de beneficios de incapacidad parcial permanente:

- Los beneficios por incapacidad permanente deben empezar en 30 días a partir de la fecha de la Notificación de Clausura.
- Si su compensación por incapacidad es de \$6,000 o menos, la aseguradora le pagará la compensación en un solo pago.
- Si su compensación por incapacidad es de más de \$6,000, la aseguradora le enviará pagos mensuales

Nota: Para la definición de los términos escritos en **letras cursivas resaltadas** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 30 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 34.

Clausura de una reclamación

hasta que la compensación sea pagada en su totalidad. El monto mensual será igual al monto que recibía mensualmente por su incapacidad total temporal.

- Usted puede pedir a la aseguradora que le haga **un solo pago** de su compensación de más de \$6,000. Sin embargo, si usted o la aseguradora apelan el monto de la compensación por su incapacidad permanente no puede recibir el monto total en un solo pago hasta que el proceso de apelación sea completado y la orden sea final. **Si usted hace una solicitud para recibir un solo pago y acepta el pago por cualquier parte la recompensa de su incapacidad permanente, usted renuncia a su derecho de apelar el monto de la compensación.** Si usted está inscrito y participando activamente de un programa de rehabilitación o asistencia vocacional, usted no puede recibir el monto total en un solo pago.

¿Qué es una incapacidad total permanente, o PTD?

Si su Notificación de Clausura dice que usted tiene una **incapacidad total permanente**, significa que usted está permanentemente incapacitado para realizar un trabajo de manera funcional y productiva. En ese caso, recibirá beneficios mensuales mientras permanezca totalmente incapacitado. La aseguradora revisará su reclamación por lo menos cada dos años para ver si continúa incapacitado.

¿Qué son los beneficios por fatalidad?

Cuando un trabajador fallece debido a una lesión en el trabajo o enfermedad ocupacional y la aseguradora acepta la reclamación, la ley de Oregon requiere que la aseguradora haga pagos mensuales al cónyuge de dicho trabajador, sus hijos, y otros beneficiarios elegibles. La aseguradora pagará por los gastos del funeral hasta un máximo establecido. Si el trabajador fallece mientras está recibiendo beneficios por incapacidad total permanente, el cónyuge u otros beneficiarios elegibles pueden tener derecho a continuar recibiendo dichos beneficios.

¿Qué hago si no estoy de acuerdo con la Notificación de Clausura?

Si no está de acuerdo con la Notificación de Clausura, debe enviar a la División de Compensación para

¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271
División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

Trabajadores una petición de reconsideración escrita antes de que pasen 60 días de la fecha en la Notificación de Clausura. Sus derechos de apelación y la dirección a donde debe enviar la petición se encuentran en el reverso de la Notificación de Clausura.

Si prefiere, puede llenar y enviar a la División de Compensación para Trabajadores una “Petición de Reconsideración”, formulario 2223A (Worker’s Request for Reconsideration) puede encontrar el formulario en el sitio Web, www.wcd.oregon.gov. Haga click en “Forms” luego en “Forms by category” seleccione “Request to the Workers’ Compensation Division for review of a decision or resolution of a dispute.” Para pedir que se le envíe un formulario por correo o para más información o asistencia llame al 1-800-452-0288.

¿Qué pasa si mi condición aceptada empeora?

Si su condición aceptada empeora después de que su reclamación es clausurada, usted tiene el derecho a buscar cuidado médico. Usted puede pedir a la aseguradora que re-abra su reclamación llenando un formulario 827 en el consultorio de su médico primario. Su doctor enviará el papeleo a la aseguradora.

Los derechos de agravación incapacitante vencen en cinco años a partir de la primera clausura de una reclamación. Los derechos de agravación no incapacitante expiran en cinco años a partir de la fecha de la lesión en una reclamación no incapacitante.

Una vez que los cinco años de sus derechos de agravación se vencen, es posible que pueda tener derecho a algunos beneficios adicionales. Si necesita hospitalización, cirugía, u otro tratamiento curativo, la aseguradora puede reabrir su reclamo y pagarle compensación por tiempo perdido siempre y cuando esté autorizado por su médico primario hasta que sus condiciones nuevamente se vuelvan médicamente estacionarias.

Si usted solicita la aceptación de una condición nueva u omitida después de que sus derechos de agravación se vencen, usted puede también calificar para recibir beneficios de incapacidad permanente si su condición ha empeorado permanentemente después de que la reclamación fue cerrada.

Nota: Para la definición de los términos escritos en *letras cursivas resaltadas* en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 30 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 34.

Derechos de apelación y acuerdos de reclamación

¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con una decisión?

Usted puede apelar cualquier decisión hecha acerca de su reclamación. Una “apelación” es una solicitud de parte de un trabajador lesionado, una aseguradora, o una de las otras partes en la reclamación para la revisión de una decisión tomada acerca de una reclamación. Si recibe un aviso de que su reclamación o beneficios son negados o terminados, el documento que recibió tendrá instrucciones sobre cómo apelar si está en desacuerdo con la decisión. **Existen límites de tiempo para la mayoría de las apelaciones. Perderá sus derechos de apelación si no apela dentro de los límites de tiempo según lo impreso en la carta que recibió.** Los beneficios que están sujetos a la apelación usualmente no se pagan hasta que el proceso de apelación (litigación) es completado. Si necesita asesoramiento legal, consulte las páginas amarillas de su directorio telefónico bajo “Attorneys” (abogados) o llame al Colegio de Abogados del Estado de Oregon al 1-800-452-7636, para encontrar a un abogado que maneje casos de compensación para trabajadores en su área.

¿Qué es un acuerdo de reclamación disputada, o DCS?

Si usted y su aseguradora de compensación para trabajadores están en desacuerdo acerca de si usted tiene una reclamación o condición válida, la aseguradora y usted pueden resolver el desacuerdo por medio de un **acuerdo de reclamación disputada**.

Un acuerdo de reclamación disputada (DCS) es un acuerdo al que se llega cuando en una reclamación hay una disputa acerca de la compensación. En un DCS usted renuncia a todos sus derechos y beneficios relacionados con la reclamación (por una suma de dinero acordada). Esto significa que su reclamación

¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271
División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

continuará negada y usted renunciará a todos los derechos a futuros beneficios por las condiciones médicas negadas de la reclamación.

Los proveedores médicos pueden facturarle a usted por los servicios médicos que no han sido pagados por la aseguradora. Asegúrese de saber cuales serán sus obligaciones bajo este acuerdo antes de aceptarlo.

¿Qué es un acuerdo de disposición de reclamación, o CDA?

Si usted tiene una reclamación aceptada, puede recibir una suma de dinero a cambio de renunciar a ciertos beneficios asociados con la reclamación. Este intercambio es un **acuerdo de disposición de reclamación**, o CDA.

En este acuerdo usted puede renunciar a uno o más de los siguientes beneficios:

- Beneficios por tiempo perdido, presentes y futuros;
- Beneficios de compensación por incapacidad parcial permanente, presentes y futuros;
- Pagos mensuales de compensación por incapacidad total permanente;
- Beneficios de asistencia vocacional;
- Derecho de re-abrir su reclamación por agravación;
- Derechos para sobrevivientes.

Sin embargo, usted no puede renunciar a su derecho a recibir tratamiento médico, ni a su elegibilidad para el Programa para el Trabajador Preferido.

La Junta Directiva de Compensación para Trabajadores debe aprobar todos los acuerdos de disposición de reclamación, a menos que el acuerdo haya sido negociado durante una mediación. En este caso, el Juez de Ley Administrativa (ALJ) que medió la disputa puede aprobar el acuerdo.

Si tiene preguntas sobre el acuerdo de disposición de reclamación, llame al Ombudsman para Trabajadores Lesionados al 1-800-927-1271 (número gratuito).

Nota: Para la definición de los términos escritos en **letras cursivas resaltadas** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 30 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 34.

¿Qué son las multas por pagos tardíos?

Si la aseguradora se retrasa en el plazo para aceptar o rechazar su reclamación o en enviarle sus pagos por beneficios, usted puede comunicarse con la División de Compensación para Trabajadores y solicitar que se le imponga una multa a la aseguradora. Si la división determina que una multa es apropiada, la aseguradora pagará la suma de la multa a usted y a su abogado si está representado.

¿Son mis archivos confidenciales?

La información que se encuentra archivada en la División de Compensación para Trabajadores y los informes médicos y vocacionales archivados por la aseguradora, sólo pueden hacerse disponibles en las siguientes circunstancias:

- Cuando usted o su abogado soliciten copias,
- Cuando la aseguradora los necesite para procesar su reclamación,
- Cuando las agencias gubernamentales los necesiten para hacer su trabajo, o
- Cuando la ley lo permita en otras circunstancias.

Legalmente un empleador no puede tomar la decisión de contratar a un empleado basándose en si éste tuvo compensación para trabajadores por lesión en el trabajo o no.

¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271
División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

Glosario de términos usados en compensación para trabajadores

En este folleto encontrará la siguiente terminología:

acuerdo de reclamación disputada (DCS):

Un acuerdo al que usted y su aseguradora de compensación para trabajadores llegan cuando hay un desacuerdo acerca de compensación. A cambio de una suma de dinero acordada, el trabajador renuncia a todos los derechos relacionados con la reclamación.

acuerdo de disposición de reclamación (CDA y

C&R): Es un acuerdo entre las partes acerca de una reclamación de compensación para trabajadores. En este acuerdo el trabajador acepta recibir una suma de dinero a cambio de renunciar a ciertos derechos (por ejemplo: derechos de compensación, salarios de abogados y gastos) pero no puede renunciar a sus beneficios médicos ni a su elegibilidad como Trabajador Preferido en una reclamación aceptada, también conocido como C&R.

aseguradora: Una compañía aseguradora, un empleador auto-asegurado, un grupo de empleadores auto-asegurados que provee cobertura de compensación para trabajadores a los empleadores y beneficios a los trabajadores lesionados.

Beneficios de incapacidad parcial temporal (TPD):

Es el pago por la pérdida parcial de salario debido a que el trabajador puede trabajar solamente a medio tiempo o trabajo liviano después de una lesión en el trabajo. ORS 656.212.

Beneficios de incapacidad total temporal (TTD):

Es el pago por la pérdida de todos los salarios después de una lesión o enfermedad debido a que el trabajador no puede regresar a ningún trabajo. ORS 656.210.

causa del impedimento: revisión hecha por un médico para evaluar la pérdida de uso o función de un sistema o parte del cuerpo.

División de Compensación para Trabajadores

(WCD): La división del Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios de Oregon, encargada de administrar las leyes de compensación para trabajadores del estado.

enfermedad ocupacional: Una enfermedad o infección resultada del trabajo que realiza un trabajador. Causada por actividades o sustancias a las cuales el trabajador está expuesto en el lugar de trabajo y requiere servicios médicos o resulta en una incapacidad o muerte. ORS 656.802.

enfermeros practicantes autorizados: Son enfermeros practicantes autorizados por la División de Compensación para Trabajadores para proveer servicios médicos compensables a un trabajador lesionado por un período de 90 días calendarios consecutivos a partir de la fecha de la primera visita del trabajador en cuanto a la reclamación inicial. Los enfermeros practicantes autorizados también pueden autorizar pago de beneficios por incapacidad temporal por un máximo de hasta 60 días a partir de la fecha de la primera visita en cuanto a la reclamación inicial. Los enfermeros practicantes autorizados no pueden diagnosticar impedimentos. Los enfermeros practicantes autorizados por una organización de cuidado administrado, pueden atender al trabajador por más de 90 días. ORS 656.245.

examen médico independiente (IME): Cualquier examen médico al trabajador incluyendo evaluación de la capacidad física o de trabajo, o cualquier consulta que incluya un examen a petición de la aseguradora y que es realizada por un proveedor médico que no sea el médico primario.

examen médico pedido por el trabajador (WRME): Es un examen médico disponible para un trabajador al cual se le ha negado una reclamación en base al reporte de un examen médico independiente (IME), reporte con el cual el médico primario del trabajador está en desacuerdo.

fecha de conocimiento del empleador (EKD): Es la fecha en que un empleador se entera de una reclamación de compensación hecha por un trabajador.

incapacidad parcial permanente (PPD): La pérdida permanente del uso o función de cualquier parte del cuerpo como está definido en el ORS 656.214.

incapacidad total permanente (PTD): La pérdida permanente del uso o función de cualquier parte del cuerpo, en combinación con cualquier incapacidad pre-existente que incapacita al trabajador permanentemente y le impide a regresar a trabajar regularmente en un trabajo remunerable y adecuado. ORS 656.206.

incapacidad suplementaria: Es el aumento de pagos por tiempo perdido de trabajo debido a que el trabajador tenía más de un empleador sujeto en Oregon, al momento de la lesión.

Junta Directiva de Compensación para Trabajadores (WCB): Esta oficina es parte del Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios, y es responsable por conducir audiencias y revisar decisiones legales y acuerdos que afectan los beneficios de los trabajadores lesionados.

lesión: Una lesión o enfermedad (imprevista y accidental) que ocurre en el trabajo. ORS 656.005.

lesión incapacitante: Una lesión o enfermedad en el trabajo que da derecho al trabajador a beneficios por incapacidad o muerte. ORS 656.005.

lesión no incapacitante: Una lesión o enfermedad ocurrida en el trabajo que sólo requiere servicios médicos, sin impedir que el trabajador regrese antes de los tres primeros días a su empleo normal, y no resulta en una incapacidad permanente que pueda ser medida. ORS 656.005.

litigación: Es un proceso que usualmente resulta en que un juez decide la resolución de una disputa en base a los hechos y a la ley.

médicamente estacionario: Un trabajador lesionado es considerado médicamente estacionario cuando el médico primario determina que el estado de la condición médica resultada de la lesión o enfermedad sufrida en el trabajo no mejorará ni con tratamiento ni con el paso del tiempo. ORS 656.005.

médico primario (AP): Un doctor o médico que es primariamente responsable por el tratamiento médico de un trabajador, ya sea tratándolo directamente o aprobando y dirigiendo el cuidado provisto por otros. El médico primario debe ser un doctor en medicina general con licencia, un doctor osteopático, un doctor podólogo, un cirujano oral y maxilofacial, o un proveedor médico designado como médico primario por una organización de cuidado administrado (MCO). Un doctor quiropráctico, un doctor naturópata, o un asistente médico autorizado que conste en la lista de proveedores médicos certificados de la WCD, puede ser un proveedor médico por hasta 60 días calendario o 18 visitas (lo que primero ocurra) y pueden autorizar beneficios por tiempo perdido de trabajo hasta por 30 días calendario a partir de la primera visita del paciente a cualquier proveedor médico en la lista de proveedores certificado de la WCD. ORS 656.005.

Ombudsman para Trabajadores Lesionados (OIW):

Es la oficina del Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios que sirve como un representante independiente de los trabajadores lesionados; ayuda a los trabajadores a entender sus derechos y responsabilidades; ofrece asistencia para investigar y resolver quejas informalmente.

ORS 656.709.

organización de cuidado médico administrado

(MCO): Una organización que tiene un contrato con una aseguradora para coordinar los servicios médicos provistos a trabajadores lesionados.

ORS 656.260.

pagos por tiempo perdido de trabajo: Son pagos hechos a un trabajador lesionado que pierde tiempo o salario debido a una lesión compensable.

ORS 656.210

periodo interino: El tiempo concurrido desde que el empleador se entera de una lesión o enfermedad ocupacional de un trabajador y la fecha en la que la aseguradora acepta o niega dicha reclamación.

proveedor médico: Una persona u organización con licencia adecuada para practicar una determinada especialidad médica, tal como: proveedor de servicios médicos, hospitales, clínicas, distribuidor de servicios médicos.

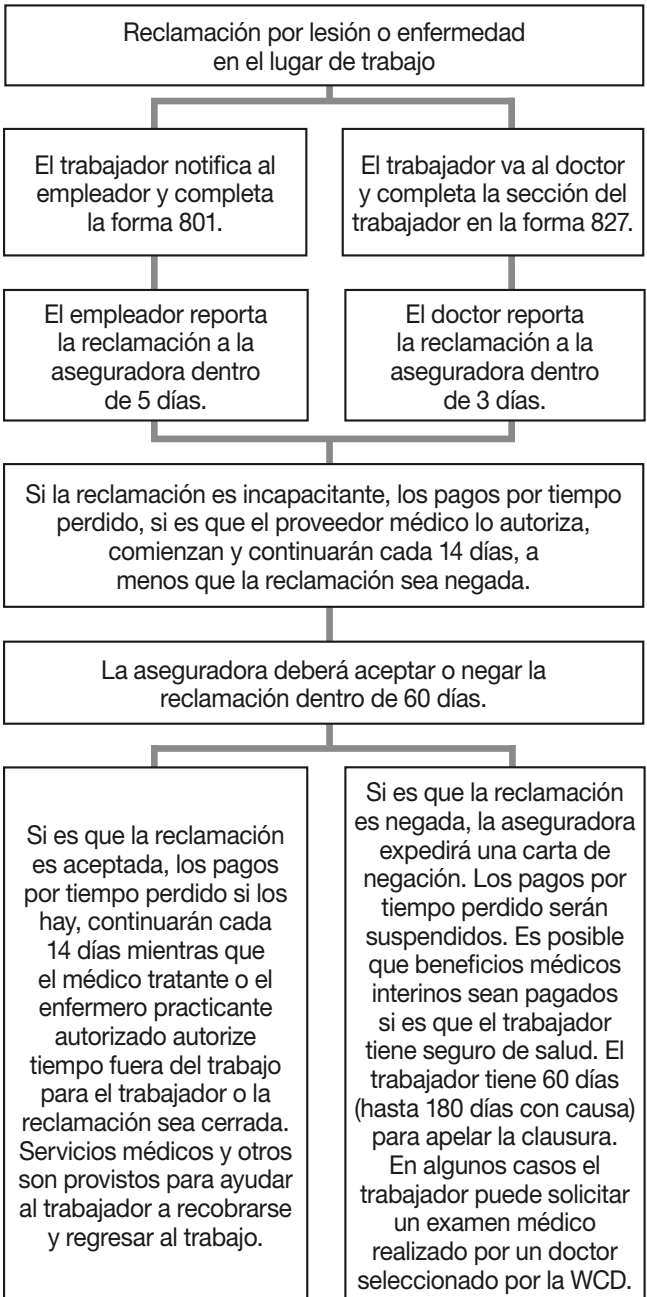
pago total: El pago por incapacidad parcial permanente en un solo cheque (pagos mayores de \$6,000) usualmente a pedido del trabajador. Los pagos que son menores de \$6,000 son usualmente pagados en una sola suma.

reclamación por agravación: Es una reclamación para beneficios adicionales debido al empeoramiento de la condición médica aceptada del reclamante después de que la reclamación ha sido cerrada. La agravación es establecida mediante evidencia médica respaldada por hechos objetivos observados o medidos por un médico. **Derechos de agravación** vencen cinco años después de la primera clausura de la reclamación o cinco años a partir de la fecha de lesión en reclamaciones no incapacitantes. Para reabrir una reclamación, un médico primario que sea un doctor en medicina, un doctor osteopático, o un doctor en medicina oral o maxilofacial debe completar y presentar a la aseguradora un Formulario 827 y un reporte médico antes de que pasen cinco días consecutivos a partir de la fecha de la visita del trabajador para presentar una reclamación de agravación. La aseguradora tiene 60 días para aceptar o rechazar la reclamación de agravación.

ORS 656.273.

Proceso de reclamación de compensación para trabajadores

Desde el momento de la lesión hasta la aceptación o negación de la reclamación:



Desde el momento de la aceptación de la reclamación hasta la clausura y más:

El trabajador y la aseguradora pueden hacer un acuerdo de disposición de una reclamación (a cualquier momento después de la aceptación de la reclamación), dependiendo de la aprobación de la Junta Directiva de Compensación para Trabajadores.

La reclamación será clausurada cuando el trabajador se vuelva médicamente estacionario.

La reclamación es clausurada, y una decisión es tomada acerca de la cantidad de incapacidad del trabajador, incluyendo incapacidad parcial permanente (PPD), si es que la hay. Una Notificación de Clausura es emitida por su aseguradora.

Asistencia vocacional es provista si es que el trabajador es elegible (a cualquier momento después de que la reclamación es aceptada.)

Si es que el trabajador no puede regresar al trabajo regular y tiene incapacidad permanente, la WCD le proveerá una tarjeta de Trabajador Preferido, la cual permite al trabajador que ofrezca incentivos a los empleadores de Oregon para que lo empleen.

La aseguradora deberá empezar el pago de PPD (dentro de 30 días a partir de la notificación de clausura), si la hay. Sin embargo si es que la reclamación de la clausura es apelada, el pago puede ser suspendido (no pagado) hasta que la litigación sea completada

La aseguradora dentro de siete días o el trabajador dentro de 60 días a partir de la clausura de la reclamación, pueden solicitar una reconsideración por la Sección de Apelación de WCD.

Después de que la reclamación es clausurada, el trabajador continúa elegible para ciertos servicios médicos y vocacionales. Si la condición médica empeora, la reclamación puede ser re-abierta para beneficios adicionales de incapacidad y otros beneficios.

Directorio de servicios

División de Compensación para Trabajadores

350 Winter St. NE
P.O. Box 14480
Salem, OR 97309-0405
www.wcd.oregon.gov
Email: workcomp.questions@state.or.us

Línea de información para de
compensación de trabajadores800-452-0288
Información general 503-947-7810
Información sobre beneficios 503-947-7585

Índice de Empleadores (para verificar
la aseguradora del empleador) 888-877-5670

Línea abierta para investigación
de fraude800-452-0288

Costos médicos, tratamiento médico, cuidado
curativo, disputas de cuidado paliativo, y
beneficios médicos interinos 503-947-7606

Reconsideración de clausuras
de reclamación503-947-7816
Asistencia para re-empleo 503-947-7588
Toll-free 800-445-3948
Area de Medford 800-696-7161

Elegibilidad/asistencia vocacional, planes para regresar
a trabajar, y disputas vocacionales503-947-7816

Ombudsman para Trabajadores Lesionados

350 Winter St. NE
P.O. Box 14480
Salem, OR 97309-0405
www.egov.oregon.gov/DCBS/OIW
Email: Oiw.question@state.or.us

Información general..... 503-378-3351
o llame gratis a la línea de ayuda para
Trabajadores Lesionados.....800-927-1271

Junta Directiva de Compensación para Trabajadores (WCB) (y División de Audiencias)

2601 25th St. SE, Suite 150
Salem, OR 97302-1280

www.wcb.oregon.gov

Información general..... 503-378-3308
Salem (toll-free)..... 877-311-8601
Portland (toll-free) 866-880-2078

Otros recursos

Este folleto explica los beneficios de compensación para trabajadores. A pesar de que su reclamación haya sido negada o usted haya agotado sus beneficios de compensación para trabajadores, es posible que sea elegible para otros tipos de asistencia.

- Póngase en contacto con el Departamento de Empleo de Oregon para saber si es elegible para beneficios de desempleo.
www.employment.oregon.gov
- Póngase en contacto con la Administración de Seguro Social para saber si es elegible para beneficios de incapacidad.
- Póngase en contacto con la División de Rehabilitación Vocacional de Oregon para saber si es elegible para servicios de rehabilitación:
www.oregon.gov/DHS/VR.
- Póngase en contacto con la Asociación de Abogados de Oregon (Oregon State Bar) para información de abogados especializado en compensación para trabajadores: www.oregonstatebar.org.

Si tiene preguntas acerca de los derechos de empleo de un trabajador lesionado, póngase en contacto con la División de Derechos Civiles del Departamento de Labores e Industrias (discriminación en cuanto a compensación para trabajadores):

Portland 971-673-0761
Eugene 541-686-7623
Salem 503-378-3292

La división de compensación para trabajadores de Oregon provee este folleto para trabajadores que tienen reclamaciones incapacitantes. Si usted tiene comentarios o sugerencias acerca de esta publicación; póngase en contacto con la División de Compensación para Trabajadores llamando al 1-800-452-0288 o enviando un email a workcomp.questions@state.or.us



Departamento de Servicios para
Consumidores y Negocios de Oregon

División de Compensación para Trabajadores

350 Winter St. NE,
P.O. Box 14480
Salem, OR 97309-0405
800-452-0288