

¿Qué sucede si me lesiono en el trabajo?



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

Enero 2018



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.

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.

Reclamo de terceros

Si su lesión o enfermedad en el lugar de trabajo fue causada por un tercero (que no sea su empleador), puede tomar acciones legales contra el tercero o asignar el derecho a tomar medidas a la aseguradora de compensación de trabajadores.

Algunos ejemplos de terceros son:

- ◆ El conductor del auto que le golpeó.
- ◆ Un fabricante del producto defectuoso que le lastimó.

Protege tus derechos

- ◆ Un propietario que no pudo mantener adecuadamente el edificio donde trabajaba cuando resultó herido.
- ◆ El dueño de un animal que le mordió.

Un reclamo de un tercero puede ser un proceso complejo y fomentamos la representación legal.

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 desea consultar con un abogado, póngase en contacto con el Servicio de Referencia de Abogados de la Asociación de Abogados de Oregon llame 1-800-452-7636 o visite: www.oregonstatebar.org. Mire la página 27 para más información.

También puede visitar los siguientes sitios Web

Ombudsman para Trabajadores Lesionados
www.oregon.gov/DCBS/OIW

División de Compensación para Trabajadores
www.wcd.oregon.gov

Tabla de contenidos

Primeros pasos5

- ¿Cómo presento una reclamación?
- ¿Cómo obtengo tratamiento médico?
- ¿Cómo obtengo servicios de interpretación?
- ¿Si no puedo trabajar, recibiré pago por salario perdido?

Consejos útiles8

Estado de la reclamación.....8

- ¿Qué es aceptación o rechazo de una reclamación?
- ¿Qué pasa si la aseguradora rechaza mi reclamación basándose en un examen médico independiente?

Tratamiento médico9

- ¿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) 16

- ¿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?
- ¿Qué pasa si tengo más de un trabajo?

Regresando a trabajar 19

- ¿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 22

- ¿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 reclamaciones 26

- ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con una decisión?
- ¿Cómo puedo encontrar ayuda legal?
- ¿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 29

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”. Complete la parte que corresponde al “trabajador” y devuélvale el formulario a su empleador. Si usted tiene más de un trabajo, asegúrese de indicarlo en el Formulario 801. Usted puede ser elegible para beneficios adicionales por tiempo perdido de trabajo.
- ◆ 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

¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271

División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

Trabajador y Médico para Reclamaciones de Compensación para Trabajadores.” Complete, la parte que le corresponde, el doctor enviará el formulario a la aseguradora y le dará a usted una copia para sus archivos.

¿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

Nota: Para la definición de los términos escritos en **negrita** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 29 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 36.

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.

- ◆ 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 503-947-7840 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. Si usted tiene más de un trabajo, también puede ser elegible para beneficios por tiempo perdido de trabajo si su doctor le autoriza que no trabaje o que haga trabajo modificado en sus trabajos adicionales.
- ◆ 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.

¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271

División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

Estado de la reclamación

- ◆ 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.

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 ayudarle a que vuelva a trabajar.

Estado de la reclamación

¿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. Esto es conocido como período interino.

- ◆ Si su reclamación es aceptada la aseguradora le enviará una “Notificación de Aceptación” que listará las condiciones médicas aceptadas.

Nota: Para la definición de los términos escritos en **negrita** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 29 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 36.

- ◆ 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
- ◆ 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.

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.

¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271

División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

¿Qué son los beneficios médicos interinos?

Beneficios médicos interinos son los pagos por servicios médicos desde el comienzo de su reclamación hasta que la aseguradora acepta o niega la reclamación si es que usted tiene seguro de salud privado. Sin embargo, si la aseguradora niega su reclamación dentro de 14 días usted no tiene derecho a beneficios médicos interinos. Asegúrese de dar al proveedor la información de su seguro médico privado aunque usted esté recibiendo servicios médicos por una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo.

Durante este tiempo usted no tiene que hacer co-pagos ni pagar deducibles. Pero si usted hizo co-pagos o pagó deducibles al proveedor y la aseguradora de compensación acepta su reclamación, el proveedor debe reembolsarle esos co-pagos o deducibles.

Si su reclamación es negada, usted puede ser responsable por cualquier co-pago o pagos de deducibles.

Nota: El seguro de Salud de Oregon no es considerado como seguro médico privado.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de sus beneficios durante el período interino, llame a la División de Compensación para Trabajadores para más información.

¿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
- ◆ 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.

Nota: Para la definición de los términos escritos en **negrita** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 29 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 36.

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 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 terapeutas 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:

- ◆ édicos
- ◆ Doctores podólogos
- ◆ Doctores osteopáticos
- ◆ Cirujanos dentales o maxilofaciales

¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271

División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

- ◆ Doctores quiroprácticos, naturópatas, y asistentes médicos que han sido autorizados por el director del Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios (DCBS)
- ◆ 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
- ◆ Decide cuándo usted está **médicamente estacionario**

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

- ◆ Proveer tratamiento al trabajador por 180 días
- ◆ Autorizar pago por tiempo perdido por 180 días
- ◆ Autorizar trabajo liviano o modificado hasta por 180 días
- ◆ Autorizar al trabajador a volver al trabajo en 180 días
- ◆ Decidir cuándo la lesión se vuelve médicamente estacionaria hasta por 180 días
- ◆ 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

Nota: Para la definición de los términos escritos en **negrita** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 29 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 36.

- ◆ No pueden autorizar ni pagos por tiempo perdido ni trabajo modificado
- ◆ 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.

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.

¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271

División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

¿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.

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.

Nota: Para la definición de los términos escritos en **negrita** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 29 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 36.

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?

An independent medical examination is a medical exam of an iEs 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.

¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271

División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

¿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 recuérdale 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:

Nota: Para la definición de los términos escritos en **negrita** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 29 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 36.

- ◆ 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
- ◆ 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.

¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271

División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

Pago por tiempo perdido

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 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.

¿Qué pasa si tengo más de un trabajo?

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

Nota: Para la definición de los términos escritos en **negrita** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 29 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 36.

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.

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.

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.

¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271

División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

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

Hay estudios que demuestran que los trabajadores lesionados se benefician al regresar al trabajo lo más pronto 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 ayudarle 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.
- ◆ 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 de 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.

Nota: Para la definición de los términos escritos en **negrita** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 29 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 36.

- ◆ 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 503-947-7588.

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 503-947-7588.

¿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,

¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271

División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

Clausura de una reclamación

- ◆ 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 por ciento de lo que ganaba antes de lesionarse, y
- ◆ Tiene autorización para trabajar en los Estados Unidos.

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, llame al 1-800-696-7161 (llamada gratuita) o 503-947-7189. Para ponerse en contacto con un representante en el Sur de Oregon (Medford), llame al 541-776-6032.

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 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*

Nota: Para la definición de los términos escritos en **negrita** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 29 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 36.

Clausura de una reclamación

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

¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271

División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

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 de 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.

Nota: Para la definición de los términos escritos en **negrita** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 29 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 36.

¿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 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). También puede llenar y enviar el formulario “Petición de Reconsideración” a la División de Compensación para Trabajadores. Puede obtener el formulario contactando a la división y pidiendo una copia de la formulario para ser enviado a usted, o ir a la división sitio Web, www.wcd.oregon.gov. Bajo la sección “Workers,” haga clic en “Filing a claim.” Haga clic en “Appealing a closed claim” en el lado izquierdo de la página Web. Por último, haga clic en “Request for Reconsideration.” Para obtener más información, llame a WCD al 1-800-452-0288 (llamada gratuita) pida hablar con un revisor de apelaciones.

Si tiene preguntas, llame al 1-800-696-7161 (llamada gratuita) o al 503-947-7189. Para ponerse en contacto con un representante en el Sur de Oregon (Medford), llame al 541-776-6032.

¿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 reabrir su reclamación llenando un [formulario 827](#) en el consultorio de su médico primario. Su doctor enviará el papeles 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.

¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271

División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

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.

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 Asociación 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.

Nota: Para la definición de los términos escritos en **negrita** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 29 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 36.

¿Cómo puedo encontrar ayuda legal?

Un abogado puede ayudarle a entender sus derechos y obligaciones. Para encontrar un abogado especializado en casos de compensación para trabajadores, póngase en contacto con el Servicio de Referencia de Abogados de la Asociación de Abogados de Oregon llamando al: 1-800-452-7636 (gratis en Oregon) o busque en las Páginas Amarillas o en el internet. Los abogados de compensación para trabajadores son pagados en bases de contingencia. Esto significa que usted no tiene que pagar al abogado a menos que éste gane su caso o negocie un acuerdo para usted.

¿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 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.

¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271

División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

Derechos de apelación

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 reabrir 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 (llamada gratuita).

¿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

Nota: Para la definición de los términos escritos en **negrita** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 29 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 36.

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.

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.

¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271

División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

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 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 180 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 180 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 180 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

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.

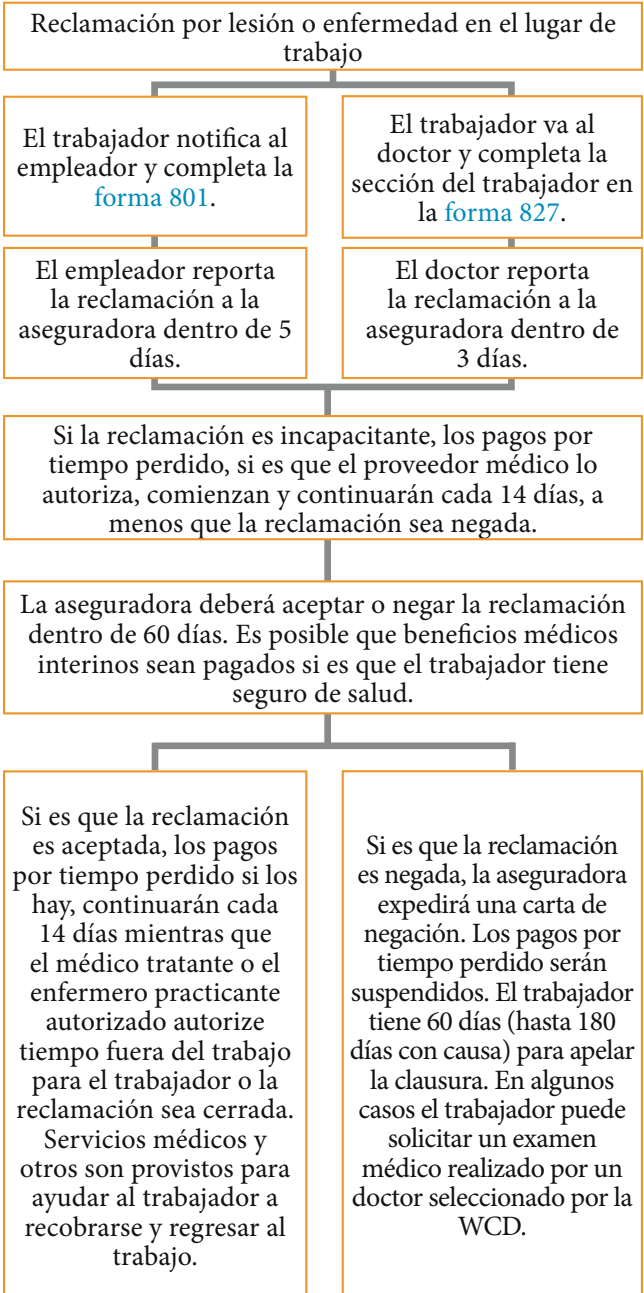
pago total: El pago por incapacidad parcial permanente en un solo cheque (pagos mayores de

\$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:



Proceso de 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 siendo 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
workcomp.questions@oregon.gov

Línea de información para de
compensación de trabajadores 1-800-452-0288
Información general 503-947-7810
Información sobre beneficios 503-947-7840

Índice de Empleadores (para verificar
la aseguradora del empleador) 1-888-877-5670

Organización de cuidado administrado 503-947-7605

Resolución médica 503-947-7606

Reconsideración de clausuras
de reclamación 503-947-7816
Asistencia para re-empleo 503-947-7588
Llamada gratuita 1-800-445-3948

Elegibilidad/asistencia vocacional,
planes para regresar a trabajar, y
disputas vocacionales 503-947-7812
Llamada gratuita 1-800-696-7161
Área de Medford 1-800-776-6032

Ombudsman para Trabajadores Lesionados

350 Winter St. NE
P.O. Box 14480
Salem, OR 97309-0405
www.oregon.gov/DCBS/OIW
oiw.questions@oregon.gov

Información general 503-378-3351
Llamada gratuita 1-800-927-1271

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 (llamada gratuita) 1-877-311-8061

Portland (llamada gratuita) 1-866-880-2078

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 Labor e Industrias** (discriminación en cuanto a compensación para trabajadores).

www.oregon.gov/BOLI/CRD

971-673-0764

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 al 1-800-452-0288 o workcomp.questions@oregon.gov.



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

1-800-452-0288



community
Workers' Compensation

440-1138s (5/19/COM)