

COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

PAQUETE DE INFORMACIÓN

Y

SERVICIOS MÉDICOS

Actualizado: Agosto 2024

AVISO IMPORTANTE: El informe de una lesión, el formulario de elección de licencia paga acumulada y el formulario de aceptación del empleado de The Alliance DEBEN PRESENTARSE a la Oficina de Gestión de Riesgos dentro de un plazo de 24 horas del incidente.

Cypress-Fairbanks ISD
Workers' Compensation

11440 Matzke Rd.
Cypress, TX 77429

Tel: (281) 897-4135 Fax: (281) 807-8652



Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks

Departamento de Seguro/Oficina de Gestión de Riesgos - Compensación para trabajadores
(281) 997-4135

FORMULARIO DE SERVICIOS MÉDICOS

Empleado del distrito: _____ No. de empleado: _____
Escuela o departamento: _____ Fecha de la lesión: _____
Supervisor/director: _____ Fecha de hoy: _____

Si busca tratamiento médico más de 30 días después de la lesión, llame al Especialista de Compensación de Trabajadores del Departamento de Seguro del distrito, para que le proporcione instrucciones especiales, al (281) 897-4135, durante el horario de oficina de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 4:30 p. m.

El administrador de Compensación de trabajadores del distrito es:

TASB
Attn: Workers' Compensation Claims Division
P.O. Box 2010
Austin, TX 78768-2010
Teléfono: (800) 482-7276 Fax: 1-800-580-6720

EMPLEADO LESIONADO: Usted debe elegir a un médico tratante de la lista de médicos de The Alliance designados como médicos de atención médica primaria para todos los servicios que no sean de urgencia para lesiones relacionadas con el trabajo.

El directorio de proveedores de *The Alliance* está disponible en: www.pswca.org

Para su conveniencia, en la tabla a continuación hemos listado algunos de los proveedores de atención médica primaria locales de ALLIANCE. Muchos otros están disponibles en la red de proveedores *Political Subdivision Workers' Compensation Alliance*.

<u>RediMD</u> Opción Telehealth Disponible para la mayoría de las lesiones	1-888-REDIMD5 o 1-888-733-4635	Disponible 24 horas al día, 7 días a la semana
<u>Excel Immediate Medical Care</u> NO ES NECESARIO HACER CITA Radiografías y análisis de laboratorio en sitio	25402 NW Frwy, Suite 101, Cypress, 281-304-1100 y 19450 Katy Frwy, Houston 281-829-9900	Lunes a sábado: 9 a. m. a 9 p. m.
<u>Apex Urgent Care</u> NO ES NECESARIO HACER CITA Radiografías y análisis de laboratorio en sitio	6111 N. Fry Rd, Katy 832-913-6817 y 12120 Jones Rd, Houston 832-756-2125	Lunes a viernes: 9 a. m. a 9 p. m. Sábado y domingo: 9 a. m. a 6 p. m.
<u>Well Now</u> Radiografías en sitio	17376 NW Frwy, Houston (Detrás de Los Cucos) 832-919-8484	Lunes a viernes: 8 a. m. a 7 p. m.
<u>AFC America Family Care</u> Radiografías en sitio	9740 Barker Cypress Rd #108, Cypress 281-944-8013 Sitios adicionales disponibles	7 días a la semana 8 a. m. a 8 p. m.
<u>Next Level Urgent Care</u> No es necesario hacer cita (puede registrarse con anticipación en línea) Radiografías y análisis de laboratorio en sitio	Copperfield 281-783-8162	El horario varía según el sitio



Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks

Departamento de Seguro/Oficina de Gestión de Riesgos - Compensación para trabajadores
(281) 997-4135

**COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES
FORMULARIO DE ELECCIÓN DE LICENCIA PAGA ACUMULADA**

PARA AUTORIZAR EL USO DE TIEMPO PAGADO DISPONIBLE POR UNA AUSENCIA RELACIONADA CON UNA LESIÓN EN EL TRABAJO

Fecha: _____ ENTREGAR A: la secretaria de la escuela u oficinista del Departamento de Pago

USO DE LICENCIA PAGA

Si es elegible, el seguro de compensación de trabajadores comenzará a pagar un porcentaje (no más de 70%; a un máximo actual de \$1,173.81) del salario actual del empleado en el octavo día calendario de la discapacidad relacionada con el trabajo si fuera necesario extender la ausencia. El empleado recibirá solamente beneficios de compensación de trabajadores, lo cual podría no ser igual a su salario antes de la lesión o la enfermedad; a menos que el empleado lesionado o enfermo elija recibir en su lugar su licencia paga acumulada.

Nombre del empleado: _____ No. de empleado: _____

Departamento/escuela: _____ Fecha de la lesión: _____

Cargo: _____

Yo tengo aproximadamente ____ días de licencia paga acumulada disponible.

Primer día de ausencia por esta lesión relacionada con el trabajo: _____

Elección del empleado:

Si faltó al trabajo debido a una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, entiendo que no soy elegible para recibir beneficios de ingresos semanales de compensación de trabajadores hasta que mi ausencia exceda siete días calendario. Yo elijo la siguiente opción:

ELIJO USAR MIS DÍAS DE LICENCIA PAGA DISPONIBLES para todas mis ausencias como resultado de esta lesión/enfermedad. Todo empleado que elija usar licencia paga no recibirá beneficios de ingresos semanales de compensación de trabajadores hasta que se haya agotado la licencia paga o en la medida en que la licencia paga no sea igual al salario previo a la lesión o enfermedad.

ELIJO NOT USAR NINGUNO DE MIS DÍAS DE LICENCIA PAGA DISPONIBLES. Entiendo que no recibiré ningún pago de salario regular de Cypress-Fairbanks ISD mientras esté recibiendo beneficios de ingresos semanales de compensación de trabajadores por esta lesión/enfermedad. No se deducirá licencia paga del balance de mi licencia. Entiendo que seré responsable del pago de mis beneficios de empleado bajo las normas de licencia FMLA o COBRA si elijo continuarlas durante mi ausencia. Entiendo también que la compensación de salario de Compensación de trabajadores no se reporta al Sistema de Jubilación de Maestros de Texas (TRS, por sus siglas en inglés). Como tal, esta decisión podría tener un impacto en mis futuros beneficios de TRS.

Firma del empleado

Fecha

Llenar y enviar por fax al Departamento de Seguros al (281) 807-8652

This section for Insurance & Payroll Use Only

INSURANCE DEPARTMENT: Date sent to Human Resources Dept.: _____ By: _____

No. of Total Contract Days: _____ Contract start date: _____ to Contract end date: _____

Pay Rate: _____ Hourly/Daily (circle one) Hours per day: _____

Please return this form to the Insurance Department within 2 days of receipt.

HR DEPT: No. of Accumulated Paid Leave days: _____

Last day of Accumulated Paid Leave: _____

Date returned to Insurance Dept.: _____ By: _____

Aceptación del empleado

del Programa de Contratación Directa de 'THE ALLIANCE' de proveedores médicos para el Programa de Compensación para Trabajadores de CFISD

He recibido la información a continuación que me indica cómo obtener atención médica bajo la cobertura de compensación para trabajadores de mi empleador. Si me lesiono en el trabajo a partir del 1.º de febrero de 2009 y vivo en un área de servicio descrita en la información, entiendo que:

1. DEBO elegir un médico tratante de la lista de médicos de **Alliance** designados como médicos tratantes.
2. DEBO ver a mi médico tratante para todo el cuidado de la salud por mi lesión. Si necesitara un especialista, mi médico tratante me derivará. Si necesitara atención de emergencia, puedo acudir a todo profesional médico con licencia en los Estados Unidos.
3. Aunque mi médico tratante debiese derivarme a un especialista de proveedores contratados con **Alliance**, entiendo que **NECESITO VERIFICAR** que el médico que haga la derivación sea miembro del panel de proveedores de **Alliance**.
4. El Fondo de Gestión de Riesgos de la Asociación de Juntas Escolares de Texas (TASB, por sus siglas en inglés) pagará al médico tratante y otros proveedores de **Alliance** por toda la atención médica relacionada con mi lesión compensable.
5. Entiendo que mis beneficios médicos y/o de ingresos podrían disputarse si recibiera atención médica de un proveedor que no fuera de **Alliance** sin aprobación anterior del Fondo.
6. Hacer una reclamación de compensación para trabajadores falsa o fraudulenta es un delito que puede tener como resultado multas o encarcelamiento.
7. Si quisiera cambiar de médico después de mi primera opción, solo podré elegir de la lista de proveedores de **Alliance**. Para una tercera opción se necesita la aprobación de su ajustador.

Nombre completo en imprenta

Firma

Fecha

Todos los empleados de Cypress-Fairbanks ISD
están sujetos a los requisitos contractuales de Alliance.

No. de empleado: _____

Nombre del empleador: Cypress-Fairbanks Independent School District

Nombre del Programa de Contratación Directa: Political Subdivision Workers' Compensation Alliance (The Alliance)

Las áreas de contratación de servicios están sujetas a cambios. Para encontrar un médico tratante en su zona, visite el sitio web de PSWCA en www.pswca.org o llame a su ajustador al 800-482-7276.

Sírvase indicar si esta es una:

_____ Notificación inicial del empleado

_____ Notificación de lesión (Fecha de la lesión): _____

AVISO PARA EMPLEADOS DE LOS REQUISITOS DE 'ALLIANCE' – PG. 1

Información de contacto importante

Para encontrar a un proveedor, visite: www.pswca.org.

Para contactar a un ajustador en el Fondo de Gestión de Riesgos de la TASB, visite: www.tasbrmf.org o llame al (800) 482-7276.

Información, Instrucciones, Derechos y Obligaciones

Si se lesionó en el trabajo, avise de inmediato a su supervisor o empleador. La información en este aviso le ayudará a recibir tratamiento médico para su lesión. Su empleador también le asistirá con toda pregunta que tenga para recibir tratamiento. También puede contactar a su ajustador en el Fondo de Control de Riesgos de TASB (el Fondo) con toda otra pregunta que tenga sobre el tratamiento de una lesión relacionada con el trabajo. El Fondo es su proveedor de cobertura de compensación al trabajador y está trabajando con su compañía para asegurarse de que reciba atención médica adecuada. La meta es que regrese a trabajar sin riesgos tan pronto como sea posible.

▪ **¿Qué debo hacer para elegir a un médico tratante?**

Si usted se lesionó en el trabajo y vive en la zona de servicio de The Alliance, debe elegir un médico tratante de la lista de proveedores. Esto es necesario para que usted pueda recibir la cobertura de los costos del cuidado de la salud relacionados con su lesión en el trabajo. La lista de proveedores está disponible en el sitio web de The Alliance en www.pswca.org. Además en el sitio web del Fondo en www.tasbrmf.org también hay un enlace a la lista de proveedores. Identifica los proveedores que aceptan pacientes nuevos.

Si su médico tratante deja The Alliance, se lo informaremos por escrito. Usted tiene el derecho de elegir a otro médico de la lista de Alliance. Si su médico deja a Alliance y usted tiene una condición que pone su vida en peligro o una condición para la cual la interrupción de atención sería perjudicial para usted, su médico podría pedirle que siguiera tratándose con él/ella por un plazo extra de **90 días**.

▪ **¿Qué pasa si vivo fuera del área de servicio?**

Si usted cree que vive fuera de la zona de servicio, puede llamar a su ajustador y pedirle una revisión de zona de servicio.

▪ **¿Qué debo hacer para cambiar de médico tratante?**

Dentro de los primeros 60 días del inicio de su tratamiento, si usted no está satisfecho con su médico tratante, puede elegir a un médico diferente de la lista de médicos tratantes en la zona de servicio donde usted vive. El Fondo le da la opción de elegir a un médico diferente. **Sin embargo, antes de cambiar de médico por segunda vez, usted debe obtener el permiso de su ajustador.**

▪ **¿Cómo se manejan las derivaciones médicas?**

Las derivaciones de servicios médicos que usted y su médico soliciten estarán disponibles oportunamente basado en su condición médica. Las derivaciones se harán **en menos de 21 días** después de solicitud. Su médico debe derivarlo a otro proveedor de The Alliance a menos de que sea médicamente necesario hacer la referencia afuera de la Alianza. No tiene que obtener una referencia si necesita de cuidados de emergencia.

▪ **¿Quién paga por la atención médica?**

Los proveedores de The Alliance han acordado pedir el pago al Fondo para su atención médica; por lo tanto, no deben pedirle pagos a usted. Si usted recibe atención médica de un médico que no esté en The Alliance sin tener aprobación previa de su ajustador, quizás tenga que pagar los costos de su atención médica y se podría disputar sus beneficios de ingresos. Usted puede recibir tratamiento de proveedores médicos que **no pertenezcan** a The Alliance solamente en una de las siguientes situaciones:

- Emergencias: Usted debe acudir al hospital o instalación de emergencia más cercanos.
- Usted no vive dentro de la zona de servicio de The Alliance
- Su médico tratante lo deriva a un proveedor o instalación fuera de The Alliance. Esta derivación debe ser aprobada por su ajustador.

AVISO PARA EMPLEADOS DE LOS REQUISITOS DE 'ALLIANCE' – PG. 2

Qué hacer para presentar una queja

Usted tiene derecho a presentar quejas a The Alliance y puede hacerlo si no está satisfecho con algún aspecto de las operaciones del programa de contrato directo; incluyendo quejas acerca del programa y/o su médico de The Alliance o quejas generales acerca de The Alliance. El demandante puede notificar la queja al Coordinador de quejas de The Alliance por teléfono, por medio de la página web de The Alliance en www.pswca.org o por escrito por correo o por fax. Las quejas deben enviarse a:

PSWCA (The Alliance)
Attention: Grievance Coordinator
P.O. Box 763
Austin, TX 78767-0763
866-997-7922

La queja debe presentarse al coordinador de quejas del programa **dentro de un plazo de 90 días de la fecha en que haya ocurrido el incidente**. Las leyes de Texas no permiten que The Alliance tome represalias en contra de usted si presenta una queja en contra del programa. The Alliance tampoco puede tomar represalias si usted apela la decisión del programa. La ley no permite que The Alliance tome represalias en contra de su médico si él o ella presenta una queja en contra del programa o apela la decisión del programa en su nombre.

¿Qué se debe hacer cuando uno se lesiona en el trabajo?

Si se lastima mientras esté en el trabajo, avise a su empleador tan pronto como le sea posible. Su empleador puede tener una lista de médicos tratantes de The Alliance en su zona de servicio. También puede encontrar una lista completa de médicos tratantes de The Alliance en línea en www.pswca.org. O también, nos puede contactar directamente a la siguiente dirección y/o llamar al número de llamadas gratis:

TASB Risk Management Fund
P.O. Box 2010
Austin, TX 78768
(800) 482-7276

En caso de una emergencia...

Si se lesiona en el trabajo y es una emergencia con amenaza de muerte, debe ir al hospital de emergencias más cercano. Si se lesiona en el trabajo después del horario de oficina o mientras esté trabajando fuera de su zona de servicio, debe acudir a las instalaciones de atención médica más cercanas. Después de que haya recibido atención de emergencia, podría necesitar atención continua. Usted tendrá que elegir a un médico tratante de la lista de proveedores de The Alliance. Esta lista está disponible en línea en www.pswca.org. Si no tiene acceso a internet, llame al (800) 482-7276 o póngase en contacto con su empleador para que le proporcione la lista. El médico que elija supervisará la atención que necesite para su lesión relacionada con el trabajo. Con excepción de la atención médica de emergencia, usted deberá obtener las derivaciones a médicos y especialistas por medio de su médico tratante.

La atención de emergencia no necesita ser aprobada con anticipación. Las leyes de Texas definen qué es una "Emergencia Médica": Condición médica que sucede repentinamente con síntomas tan agudos y graves como para que una persona razonable crea que usted necesite atención inmediata o de lo contrario, fuera perjudicial para usted. Ese daño incluiría el hecho de que su salud o funciones corporales estuvieran en peligro de pérdida de funciones de cualquier órgano o parte del cuerpo.

AVISO PARA EMPLEADOS DE LOS REQUISITOS DE 'ALLIANCE' – PG. 3

Atención médica que no es de emergencia...

Reporte su lesión a su compañía tan pronto como pueda. Seleccione a un médico tratante de la lista de proveedores de The Alliance. Esta lista está disponible en línea en www.pswca.org. Si no tiene acceso al internet, llame al 800- 482-7276 o llame a su compañía y pídale una lista.

Tratamientos para los que se necesita aprobación previa

Ciertos tratamientos o servicios prescritos por su médico deben ser aprobados con anticipación. Su médico puede solicitar aprobación del Fondo de Control de Riesgos de TASB antes de proporcionar un tratamiento o servicio específico. Por ejemplo, quizás usted deba quedarse en el hospital más días que los días aprobados al principio. De ser así, los tratamientos adicionales deben ser aprobados con anticipación.

Los siguientes tratamientos médicos que no son de emergencia deben ser aprobados con anticipación:

- Admisiones de pacientes hospitalizados
- Servicios quirúrgicos para pacientes externos o servicios quirúrgicos ambulatorios
- Cirugías de la columna
- Toda terapia de fortalecimiento laboral no exenta
- Toda terapia de acondicionamiento laboral no exenta
- Terapia física u ocupacional excepto las primeras seis (12) visitas si esas visitas fueron
- hechas en un período de 6 meses inmediatamente después de la fecha de la lesión o la cirugía.
- Servicios de investigación o experimental
- Pruebas psicológicas de más de 3 horas con no más de cuatro pruebas tales como MMPI2, BDI, BAI, P-3
- Repetición de pruebas psicológicas
- Psicoterapia y terapia cognitiva o conductual mayor de 6 visitas, repetición de entrevistas psicológicas y biorretroalimentación
- Estudios repetidos de diagnóstico de más de \$350
- Todo equipo médico durable (DME) de más de \$500
- Manejo del dolor crónico y rehabilitación del dolor interdisciplinario
- Medicamentos no incluidos en el Formulario de la División de Compensación para Trabajadores (TDI)
- Todos los medicamentos narcóticos proporcionados para más de 60 días
- Todo tratamiento o servicio que exceda las Pautas Oficiales de Discapacidad

Su médico debe llamar al 800-482-7276, interno 6654 para solicitar uno de estos tratamientos. Si se le niega el tratamiento o servicio, le avisaremos por escrito. Este aviso por escrito tendrá información sobre su derecho de pedir que se vuelva a considerar o apelar el tratamiento negado. También se le explicará su derecho de pedir una revisión por una organización de revisión independiente por medio del Departamento de Seguros de Texas.

FACILITAMOS...

EL ABASTECIMIENTO DE RECETAS MÉDICAS DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN POR ACCIDENTES LABORALES.

Optum ha sido elegido para administrar los beneficios farmacéuticos de su programa de compensación por accidentes laborales para el Fondo de Gestión de Riesgos de la TASB. Más abajo incluimos su tarjeta First Fill que le permitirá recibir las recetas médicas relacionadas con su lesión en su farmacia local. Llene esta tarjeta siguiendo las instrucciones a continuación.

Empleado lesionado:



Si necesita que se le abastezca su receta médica para una lesión o enfermedad relacionada con su trabajo, visite una farmacia de la red Optum Tmesys®. Entregue esta tarjeta temporal al farmacéutico. El farmacéutico abastecerá su receta médica a bajo costo o sin costo alguno.



Si se acepta su reclamación del programa de compensación por accidentes laborales, recibirá una tarjeta permanente por correo. Use esa tarjeta para otras recetas médicas de lesiones o enfermedades relacionadas con su trabajo.





La mayoría de las farmacias, incluyendo Walgreens, nuestro proveedor preferido, y todas las grandes cadenas de farmacias, forman parte de la red. Para encontrar una farmacia de la red, llame al 1-866-599-5426 o visite tmesys.com.

¿Tiene alguna pregunta?
¿Necesita ayuda?



1-866-599-5426

WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM

TASB Risk Management Fund	Cypress-Fairbanks ISD
PORTADORA	EMPLEADOR
TASB Risk Management Fund	Cypress-Fairbanks ISD
Please provide directly to Pharmacist	
NUMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE ALA LESION (AAMDD)

Aviso para el titular de la tarjeta: Presente esta tarjeta a la farmacia para recibir los medicamentos para la lesión relacionada con su trabajo. Para ubicar una farmacia, visite tmesys.com.

Attention Pharmacists: Enter RxBIN, RxPCN and GROUP. Member ID # format is the date of injury and SSN combined as follows: YYMMDD123456789.

Tmesys is the designated PBM for this patient. This card is not valid for compound medications.

Tmesys Pharmacy Help Desk
1-800-964-2531

	<u>NDC</u>		<u>Envoy</u>
RxBIN	004261	or	002538
RxPCN	CAL	or	Envoy Acct. #
GROUP	_____		

T154

NOTA: Esta tarjeta First Fill es válida solamente para una lesión o enfermedad cubierta por su programa de compensación por accidentes laborales.



Empleador:

Inmediatamente después de recibir un aviso sobre una lesión, llene la información antes indicada y entregue este formulario al empleado.



Aviso sobre los Derechos y Responsabilidades para los Empleados Lesionados en el Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas

En Texas, usted como empleado lesionado tiene derecho a recibir ayuda gratuita por parte de la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (*Office of Injured Employee Counsel* - OIEC). Esta ayuda se ofrece en las oficinas locales en todo el estado. Las oficinas locales también proporcionan otros servicios del sistema de compensación para trabajadores por parte del Departamento de Seguros de Texas (*Texas Department of Insurance* - TDI). TDI, es la agencia estatal que regula y administra el sistema de compensación para trabajadores mediante la División de Compensación para Trabajadores (*Division of Workers' Compensation* - DWC).

Muchos de los servicios que son proporcionados por parte de OIEC y de DWC pueden ser llevados a cabo por teléfono. Usted puede comunicarse con OIEC llamando al teléfono gratuito 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432). Visite el sitio Web de OIEC en www.oiec.texas.gov, para obtener información adicional, incluyendo la ubicación de las oficinas. Usted puede comunicarse con DWC llamando al teléfono gratuito 1-800-252-7031. La información de DWC se encuentra disponible en la página de Internet: www.tdi.texas.gov.

Sus derechos dentro del Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas:

1. Usted tiene derecho a contratar a un abogado para asistirle con su reclamación de compensación para trabajadores. Para obtener asistencia para encontrar a un abogado, llame al servicio de recomendación de abogados de la Barra de Abogados del Estado de Texas (*State Bar of Texas*) al 1-877-983-9227 o visite www.texasbar.com. La información sobre la recomendación de abogados también puede encontrarse en la página de Internet de OIEC en www.oiec.texas.gov.

2. Usted tiene derecho a recibir asistencia por parte de OIEC si no cuenta con un abogado. Los Representantes de Servicio al Cliente de OIEC, así como los Ombudsmen están disponibles para responder a sus preguntas y proporcionarle asistencia con su reclamación de compensación para trabajadores ya sea llamando a OIEC o visitando una de las oficinas de OIEC. **Usted debe firmar una autorización por escrito antes que un empleado de OIEC pueda tener acceso a la información sobre su reclamación.** Llame o visite una oficina de OIEC para completar la autorización por escrito. Los Representantes de Servicio al Cliente de OIEC y los Ombudsmen han sido entrenados en el campo de compensación para trabajadores y pueden ayudarle a programar un procedimiento de resolución de disputas, relacionado con su reclamación de compensación para trabajadores. Un ombudsman también puede asistirle en una Conferencia para Revisión de Beneficios (*Benefit Review Conference* - BRC), en una Audiencia para Disputar Beneficios (*Contested Case Hearing* - CCH) y en una apelación. Sin embargo, un Ombudsman no puede tomar decisiones por usted, ni dar opiniones por usted o proporcionar asesoramiento legal.

3. Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a recibir beneficios médicos y beneficios de ingresos sin importar quién tuvo la culpa de su lesión. Sus beneficiarios podían tener derecho a recibir beneficios por causa de muerte y beneficios de gastos para el entierro.

La información sobre las excepciones puede encontrarse en www.tdi.texas.gov o consultando al personal de OIEC.

4. Usted puede tener derecho a recibir atención médica para atender su lesión o enfermedad que sucedió en el área de trabajo, durante todo el tiempo que sea médicamente necesario y relacionado con la lesión que sucedió en el área de trabajo.

Usted puede tener derecho a recibir un reembolso por los gastos incurridos después de viajar para asistir a una cita médica o a un examen médico requerido, si el viaje cumple con las condiciones de calificación.

5. Usted puede tener derecho a recibir beneficios de ingresos por su lesión relacionada con el trabajo.

Existen varios tipos de beneficios de ingresos, así como requisitos de elegibilidad. La información sobre los tipos de beneficios de ingresos que pueden estar disponibles, y los requisitos de elegibilidad pueden ser encontrados en www.tdi.texas.gov o consultando al personal de OIEC.

6. Usted puede tener derecho a una resolución de disputas con respecto a sus beneficios de ingresos y beneficios médicos.

Usted puede solicitar una Resolución de Disputas Médicas (*Medical Dispute Resolution*) si está en desacuerdo con la aseguradora sobre los beneficios médicos. Usted puede solicitar una Resolución de Disputas por Indemnización (Ingresos)

(Indemnity (Income) Dispute Resolution), si está en desacuerdo con la aseguradora sobre los beneficios de ingresos. La ley establece que sus procedimientos de resolución de disputas sean llevados a cabo dentro de 75 millas del domicilio suyo.

7. Usted tiene derecho a escoger a su médico de tratamiento.

Si usted pertenece a una red de servicios médicos de compensación para trabajadores (*Workers' Compensation Health Care Network*), (red), debe escoger a su médico de la lista de médicos de tratamiento de la red. Usted puede cambiar a su médico de tratamiento una sola vez sin la necesidad de obtener la aprobación de la red. Si no pertenece a una red, usted puede inicialmente escoger a cualquier médico que esté dispuesto a atender su lesión de compensación para trabajadores; sin embargo, si usted no pertenece a una red, el cambio de su médico de tratamiento debe ser preaprobado por DWC. Si es empleado de una subdivisión política, tal como la ciudad, el condado, o el distrito escolar, usted deberá seguir los reglamentos de dicha subdivisión política para escoger a un médico de tratamiento. Es importante seguir todos los reglamentos en el sistema de compensación para trabajadores. **Si usted no sigue estos reglamentos, podría ser considerado responsable por el pago de las facturas médicas.** El personal de OIEC puede ayudarle a entender estos reglamentos.

8. Usted tiene derecho a que la información sobre su reclamación de compensación para trabajadores se mantenga confidencial.

En la mayoría de los casos, el contenido del expediente de su reclamación no puede ser obtenido por otras personas. Algunos participantes tienen derecho a conocer el contenido del expediente de su reclamación, tal como su empleador o la aseguradora de su empleador. También, un empleador que esté considerando contratarle a usted puede obtener información limitada por parte de DWC sobre su reclamación.

Sus Responsabilidades Dentro del Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas:

1. Usted tiene la responsabilidad de informar a su empleador si se ha lesionado en el trabajo mientras desempeñaba sus deberes de trabajo. Usted debe informar a su empleador dentro de 30 días a partir de la fecha en que sucedió su lesión o del día en que usted se dio cuenta que su lesión o enfermedad podría estar relacionada con su trabajo.

2. Usted tiene la responsabilidad de saber si pertenece a una Red de Servicios Médicos de Compensación para Trabajadores (red) (*Workers' Compensation Health Care Network -network*).

Si no sabe si pertenece a una red de servicios médicos, pregúntele al empleador para el cual usted trabajaba al momento en que ocurrió su lesión. Si pertenece a una red, es su responsabilidad seguir los reglamentos de dicha red. Si usted encuentra algo que no entiende, pregunte a su empleador o llame a OIEC. Si desea presentar una queja sobre una red, llame a la Línea de Ayuda al Consumidor de TDI (*TDI's Consumer Help Line*) al 1-800-252-3439 o presente su queja en línea en www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html#wc.

3. Si usted trabajó para una subdivisión política (p. ej. la ciudad, el condado o el distrito escolar) al momento en que sucedió su lesión, es su responsabilidad averiguar cómo recibir tratamiento médico.

Su empleador debe poder proporcionar la información que usted necesita para determinar cuáles son los proveedores de servicios médicos que pueden atender su lesión relacionada con el trabajo.

4. Usted tiene la responsabilidad de informar a su médico cómo es que usted se lesionó y determinar si la lesión está relacionada con el trabajo.

5. Usted tiene la responsabilidad de completar y enviar a DWC el Formulario DWC-041, Reclamo del Empleado para Compensación por una Lesión Relacionada con el Trabajo o Enfermedad Ocupacional.

Usted cuenta con un año para enviar el formulario después de haberse lesionado o después de haberse enterado que su enfermedad podría estar relacionada con su trabajo. Complete y envíe el Formulario DWC-041 aun si ya está recibiendo beneficios. Usted puede perder su derecho a recibir beneficios si no envía a tiempo el formulario completo a DWC. Para obtener una copia del Formulario DWC-041 comuníquese con DWC o con OIEC.

6. Usted tiene la responsabilidad de proporcionar su dirección actual, número de teléfono e información sobre su empleador a DWC y a la aseguradora. Usted puede comunicarse con DWC al 1-800-252-7031.

7. Usted tiene la responsabilidad de informarle a DWC y a la aseguradora cada vez que haya un cambio en el estado de su empleo o su salario.

(Algunos ejemplos de cambios incluyen: si deja de trabajar a causa de su lesión; si usted regresa a trabajar; o si recibe una oferta de trabajo).

8. Los beneficiarios que son elegibles o las personas que buscan obtener beneficios por causa de muerte o beneficios de gastos para el entierro, tienen la responsabilidad de completar y enviar a DWC el Formulario DWC-042, Reclamación del Beneficiario para Obtener Beneficios por Causa de Muerte dentro de un año, a partir de la fecha en que el empleado falleció.

9. Usted tiene prohibido hacer reclamaciones o demandas injustificadas o fraudulentas.



Empleado - Es requerido que usted reporte su lesión a su empleador dentro de 30 días si es que su empleador cuenta con un seguro de compensación para trabajadores. Usted tiene derecho a recibir asistencia gratuita por parte del Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (DWC), y es posible que tenga derecho a recibir ciertos beneficios médicos y de ingresos. Para obtener más información llame a DWC al 800-252-7031.

DWC073

Reporte de Estado de Trabajo de la Compensación para Trabajadores de Texas

I. INFORMACIÓN GENERAL			Fecha en que se envió (para propósitos del envío solamente):		
1. Nombre del Empleado Lesionado		5a. Nombre y Título del Médico/Médico Delegante		5b. Nombre del PA / APRN (si es quien está llenando el formulario)	
2. Fecha de la Lesión	3. Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos) XXX-XX-	6. Nombre del Establecimiento		9. Nombre del Empleador	
4. Descripción de la Lesión/Accidente del Empleado		7. Número de Teléfono y Fax del Establecimiento/Médico		10. Número de Fax o Correo Electrónico del Empleador (si es que lo sabe)	
		8. Dirección del Establecimiento/Médico (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		11. Aseguradora	
				12. Número de Fax o Correo Electrónico de la Aseguradora (si es que lo sabe)	

II. INFORMACION SOBRE EL ESTADO DE TRABAJO (Llene completamente uno de los siguientes, incluyendo las fechas y una descripción en 13c, si es que aplica)

13. La condición médica del empleado lesionado que resultó de la lesión de compensación para trabajadores:

a) permitirá que el empleado regrese al trabajo a partir de ___/___/___ sin restricciones; O

b) permitirá que el empleado regrese al trabajo a partir de ___/___/___ con restricciones identificadas en la PARTE III, las cuales se espera que duren hasta ___/___/___; O

c) ha impedido y continúa impidiendo que el empleado regrese al trabajo a partir de ___/___/___ y se espera que continúe hasta ___/___/___.

Lo siguiente describe cómo es que esta lesión impide que el empleado regrese a trabajar:

MUESTRA

III. RESTRICCIONES DE ACTIVIDAD (Complete esta área solamente si la casilla 13b o 13c está marcada)

14. Restricciones de postura (si es que las hay):		7. Restricciones de movimiento (si es que las hay):		Restricciones de tareas (si es que las hay):	
Máx. de horas por día: 4 8 Otro: _____		Máx. de horas por día: 0 4 6 8 Otro: _____		Máx. de horas por día de trabajo: _____	
De pie	□□□□□	Subir escaleras	□□□□□	Debería ser restringido de _____ por _____	
Sentado	□□□□□	Empujar/apretar	□□□□□	<input type="checkbox"/> Debe usar férula/yeso en el trabajo	
De rodillas/cuclillas	□□□□□	Flexión/ extensión de la muñeca	□□□□□	<input type="checkbox"/> Debe usar muletas todo el tiempo	
Agachado/encorvado	□□□□□	Alcanzar	□□□□□	<input type="checkbox"/> No manejar/operar maquinaria pesada	
Empujar/jalar	□□□□□	Alcanzar por encima	□□□□□	<input type="checkbox"/> Solo puede manejar transmisión automática	
Torcer el cuerpo	□□□□□	Uso del teclado	□□□□□	<input type="checkbox"/> La piel no puede tener contacto con: _____	
Otro: _____		Otro: _____		<input type="checkbox"/> No puede correr	
15. Restricciones Específicas Para (si es que aplica):		18. Restricciones para Cargar/Levantar (si es que las hay):		Cambios de vestimenta necesarios para el trabajo	
<input type="checkbox"/> Mano/Muñeca Izquierda	<input type="checkbox"/> Pierna Izquierda	<input type="checkbox"/> No puede levantar/cargar objetos de más de ___ lbs. por más de ___ horas por día.		<input type="checkbox"/> No trabajar / ___ horas/día de trabajo:	
<input type="checkbox"/> Mano/Muñeca Derecha	<input type="checkbox"/> Pierna Derecha			<input type="checkbox"/> en ambientes extremos de calor/frío	
<input type="checkbox"/> Brazo Izquierdo	<input type="checkbox"/> Espalda			<input type="checkbox"/> en alturas o en andamios	
<input type="checkbox"/> Brazo Derecho	<input type="checkbox"/> Pie/Tobillo Izquierdo	<input type="checkbox"/> No puede desempeñar ninguna tarea levantando o cargando objetos.		<input type="checkbox"/> Debe mantener _____	
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Pie/Tobillo Derecho	Otro: _____		<input type="checkbox"/> elevado(s) <input type="checkbox"/> limpio(s) & seco(s)	
Otro: _____					
16. Otras Restricciones (si es que las hay)				20. Restricciones de Medicamentos (si es que las hay):	
				<input type="checkbox"/> Debe tomar el medicamento(s) recetado	
				<input type="checkbox"/> Se le recomendó tomar medicamentos sin receta	
				<input type="checkbox"/> El medicamento puede causar sueño (posibles problemas de seguridad/para conducir)	

IV: INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO/CITA DE SEGUIMIENTO

21. Información de Diagnóstico Sobre la Lesión en el Trabajo:		22. Los Servicios Previstos de Seguimiento Incluyen:	
		<input type="checkbox"/> Evaluación por parte de un médico de tratamiento en ___/___/___ a la(s) ___:___ a.m./p.m. <input type="checkbox"/> Recomendación médica con/consulta con _____ en ___/___/___ a la(s) ___:___ a.m./p.m. <input type="checkbox"/> Medicina física ___ veces por semana por ___ semanas comenzando en ___/___/___ a la(s) ___:___ a.m./p.m. <input type="checkbox"/> Estudios especiales (enliste): _____ en ___/___/___ a la(s) ___:___ a.m./p.m. <input type="checkbox"/> Ninguno. Esta es la última cita que ha sido programada para este problema. En estos momentos, no se prevé ningún cuidado médico adicional.	
Fecha/Hora de la Visita:	Firma del Empleado	Tipo de Visita:	Función del Profesional de la Salud:
		<input type="checkbox"/> Inicial	<input type="checkbox"/> Médico de tratamiento <input type="checkbox"/> Médico de consulta <input type="checkbox"/> Médico designado
Hora en que se dio de alta:	Firma y Número de Licencia del Profesional de la Salud	<input type="checkbox"/> Seguimiento	<input type="checkbox"/> Médico de referencia <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Otro médico
			<input type="checkbox"/> Médico de RME <input type="checkbox"/> APRN

