



AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

Paciente: _____

A QUIEN CORRESPONDA:

Por medio de la presente se otorga autorización expresa para revelar y proporcionar a la Oficina Estatal de Administración de Riesgo (SORM) y a cualquier asociado, asistente, representante, agente o empleado de la misma, toda la información que deseen (lo cual incluye, pero no se limita a archivos de la oficina, informes médicos, memorandos, expedientes hospitalarios, reportes de laboratorio, incluso los resultados de todas las pruebas o exámenes como la prueba de detección de alcohol o drogas, radiografías, reportes de radiografías, al igual que copias de las mismas) relacionada con el estado físico y mental sobre el cual se basa mi reclamo de compensación al trabajador. Esto incluye no solo toda la información actual o futura sino también toda la información médica del pasado relacionada con la lesión o lesiones que forman la base de mi reclamo.

(Nombre en letra de molde) _____

Las copias fotostáticas de esta autorización firmada se considerarán tan válidas como la original.

La presente no es una renuncia al reclamo por daños.

FIRMA: _____ FECHA: _____

POR FAVOR, FIRME Y ENVÍE ESTA AUTORIZACIÓN, PARA PODER OBTENER LA DIVULGACIÓN DE SU HISTORIAL MÉDICO.

GRACIAS.

OFICINA ESTATAL *de* ADMINISTRACIÓN DE RIESGO

Instrucciones

Autorización para revelación de información

Obligatorio:

Se requiere este documento inmediatamente después de sufrir una lesión de trabajo. El empleado lesionado debe llenar esta autorización. Esto permite a SORM obtener, de los proveedores de atención médica, copias de los documentos médicos relevantes que ayudarán con el manejo del reclamo.

Fecha límite para presentar el formulario:

SORM tiene que recibir el formulario a más tardar el **5to. día calendario** después de que se reporta a la agencia el primer aviso de lesión.

Completado por:

El empleado tiene que llenar este formulario. Si el empleado está incapacitado el cónyuge, hijo, tutor o curador puede firmarlo. **EL FORMULARIO TIENE QUE ESTAR FIRMADO Y FECHADO.** El coordinador de reclamos tiene que hacer este formulario disponible para todas las lesiones.

Instrucciones:

1. El empleado lesionado tiene que escribir su nombre claramente en letra de molde en la línea "Paciente".
2. El empleado lesionado tiene que escribir su nombre claramente en letra de molde en la segunda línea.
3. El empleado lesionado tiene que firmar y fechar el formulario.

Distribución:

El coordinador de reclamos guardará el original para el archivo de la agencia y enviará una copia por fax o correo a:

State Office of Risk Management
PO Box 13777
Austin, TX 78711
(512) 472-0228

Aviso: Salvo algunas excepciones, la persona tiene derecho, si lo solicita, a que se le notifique sobre la información que un organismo gubernamental recopila sobre su persona. Bajo las Secciones 552.021 y 552.023 del Código Gubernamental la persona tiene derecho a recibir y revisar la información y bajo la Sección 559.004 del Código Gubernamental tiene derecho a que el organismo gubernamental corrija información que esté incorrecta.



INFORME DE LESIÓN DEL EMPLEADO

Estimado empleado:

Recibimos un informe de que usted se lesionó en el trabajo. Para procesar su reclamo eficazmente; por favor, llene todas las líneas y escriba claramente en letra de molde. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

| | | |
|--|---------------------------|-------------------------------------|
| Nombre: _____ | Seguro Social: _____ | Sexo: M / F |
| Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial del seg. nombre _____ Apellido de soltera _____ | Fecha de la lesión: _____ | |
| Dirección: _____ | Empleador: _____ | |
| Ciudad: _____ Estado: _____ | Puesto: _____ | |
| Número telefónico principal: _____ | Horario de trabajo: _____ | |
| Número telefónico secundario: _____ | | |
| Dirección de correo electrónico: _____ | | |
| 1) ¿Cuál fue el lugar exacto del accidente? (si es posible, la dirección): | | |
| 2) ¿Qué estaba pasando en ese momento? (qué pasaba a su alrededor, qué estaba haciendo, qué estaban haciendo otras personas) | | |
| 3) Describa brevemente qué provocó la lesión: | | |
| 4) ¿Qué partes del cuerpo se lesionó? | | |
| 5) ¿Cuándo reportó la lesión y a quién? | Fecha: _____ | Hora: _____ |
| Nombre: _____ | Puesto: _____ | Núm. telefónico: _____ |
| 6) Liste todos los testigos que conozca. (Continúe al dorso si es necesario) | | |
| Nombre: _____ | Tel.: _____ | Nombre _____ Tel.: _____ |
| Nombre: _____ | Tel.: _____ | |
| 7) Por favor, escriba el nombre de su doctor primario o doctor familiar: | | |
| Nombre: _____ | Núm. telefónico: _____ | |
| 8) Por favor, escriba el nombre y número telefónico de todos los doctores o proveedores que lo han atendido por la lesión: | | |
| Nombre: _____ | Núm. telefónico: _____ | |
| Nombre: _____ | Núm. telefónico: _____ | |
| Nombre: _____ | Núm. telefónico: _____ | |
| 9) ¿Le prohibió un doctor que trabajara? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta "Sí", ¿cuándo fue el primer día que no fue a trabajar? _____ | | |
| 10) Si el doctor le prohibió trabajar, ¿regresó a trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta "No", ¿cuándo cree que regresará a trabajar? _____ | | |
| 11) Fecha de la última cita: _____ | | 11) Fecha de la próxima cita: _____ |
| 12) ¿Ha tenido antes una lesión de compensación al trabajador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta "Sí", por favor, escriba la fecha de la lesión y la parte del cuerpo lesionada. | | |
| Al firmar el documento doy fe de que toda la información en este formulario es exacta y verdadera. | | |
| Firma: _____ | | Fecha: _____ |

Instrucciones Informe de lesión del empleado

Propósito del formulario:

El trabajador lesionado llena este formulario para dar a SORM información sobre las circunstancias en que ocurrió la lesión y qué ha pasado desde que ocurrió. Esto ayudará a agilizar la tramitación de los beneficios.

Fecha límite para presentar el formulario:

SORM tiene que recibir el formulario a más tardar el 5to. día calendario después de que el Primer Informe de Lesión o Enfermedad (DWC-1S) es entregado a la agencia.

Completado por:

Este formulario tiene que ser llenado por el empleado lesionado con ayuda del coordinador de reclamos, si es necesario.

Instrucciones:

1. El trabajador contestará completamente cada una de las preguntas y usará páginas adicionales si es necesario. El ajustador necesita una descripción completa de los eventos en torno a la lesión y cómo ocurrió esta. Se necesitan los nombres y números telefónicos de testigos, doctores y proveedores de tratamiento y estado laboral. El empleado tiene que añadir cualquier reclamo anterior de compensación al trabajador y describir la parte del cuerpo lesionada.
2. El empleado lesionado firmará y fechará el formulario, con lo cual da fe de que toda la información es verdadera y completa.

Distribución

El coordinador de reclamos guardará el original para el archivo de la agencia y enviará una copia por fax o correo a:

State Office of Risk Management
PO Box 13777
Austin, TX 78711
Fax: (512) 370-9025

Aviso: Salvo algunas excepciones, la persona tiene derecho, si lo solicita, a que se le notifique sobre la información que un organismo gubernamental recopila sobre su persona. Bajo las Secciones 552.021 y 552.023 del Código Gubernamental la persona tiene derecho a recibir y revisar la información y bajo la Sección 559.004 del Código Gubernamental tiene derecho a que el organismo gubernamental corrija información que esté incorrecta.



DECLARACIÓN DEL TESTIGO

POR FAVOR, ESCRIBA

A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE

Empleado lesionado _____

Núm. de reclamo de SORM WC _____

Fecha de la lesión _____

Declaración tomada por _____

Nombre del testigo: _____ Dirección de correo electrónico del testigo: _____

Domicilio: _____

Núm. telefónico principal: _____ Núm. telefónico secundario: _____

Empleador del testigo: _____

En esta fecha, _____, a aproximadamente _____ PM / AM yo estaba en (indique claramente su ubicación) _____ o cerca de ahí cuando se informa que ocurrió un accidente relacionado con el empleado arriba mencionado.

Marque solo una casilla

Vi el accidente. El accidente ocurrió de la siguiente manera: _____

Otra información pertinente y la fuente: _____

No vi el accidente. La información que me dio (nombre de la persona) _____ indica que ocurrió de la siguiente manera: _____

Otra información pertinente y la fuente: _____

No sé nada de lo ocurrido.

Firma

Fecha

Instrucciones Declaración del testigo

Obligatorio:

Inmediatamente después de que se le notifique de una lesión, el coordinador de reclamos debe determinar el nombre, la dirección y el número telefónico de todos los testigos del incidente. Se le debe tomar la declaración a cada testigo y enviarla a SORM.

Fecha límite para presentar la declaración:

SORM tiene que recibir este formulario antes del 5to. día calendario después de que se envíe el primer informe de lesión a la agencia.

Completado por:

La persona que declara tiene que llenar este formulario con ayuda del coordinador de reclamos.

Instrucciones:

1. Salvo por la firma del testigo, si es posible la declaración debe ser escrita a máquina. Si tiene que ser escrita a mano, POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE para asegurar legibilidad.
2. Si lo sabe, por favor brinde el número de reclamo de SORM.
3. El testigo puede haber presenciado el incidente o haberse enterado de información del accidente por medio de otra fuente. La información del testigo puede ser sobre cómo ocurrió el incidente o algo más relevante. Marque la primera o segunda casilla y llene los espacios junto a la casilla según sea pertinente. Sea específico y completo. A veces recibirá el nombre de un testigo que cuándo se le pregunta, niega saber algo del incidente. Si eso pasa, marque la tercera casilla.
4. Si no hay suficiente espacio en el formulario, por favor, adjunte hojas adicionales. Sea lo más específico y completo posible.

Distribución

El coordinador de reclamos guardará el original para el archivo de la agencia y enviará una copia por fax o correo a:

State Office of Risk Management
PO Box 13777
Austin, TX 78711
(512) 472-0228

Aviso: Salvo algunas excepciones, la persona tiene derecho, si lo solicita, a que se le notifique sobre la información que un organismo gubernamental recopila sobre su persona. Bajo las Secciones 552.021 y 552.023 del Código Gubernamental la persona tiene derecho a recibir y revisar la información y bajo la Sección 559.004 del Código Gubernamental tiene derecho a que el organismo gubernamental corrija información que esté incorrecta.



OPCIÓN DEL EMPLEADO SOBRE EL USO DE LICENCIA POR ENFERMEDAD O VACACIONES PARA EMPLEADOS GENERALES

Nombre del Empleado: _____ Fecha de la Lesión: _____

Empleado Número de Seguridad Social: _____ Nombre de Agencia: _____

No tiene que usar licencia por enfermedad o vacaciones. El Código Laboral de Texas §501.044 permite a un empleado estatal lesionado *la opción* de usar licencia por enfermedad o vacaciones acumuladas antes de recibir beneficios de ingresos. Se tiene que usar toda licencia por enfermedad antes de las vacaciones. No se pueden usar otras categorías de licencia disponibles (días compensatorios, festivos, administrativos, etc.) antes de la licencia por enfermedad y las vacaciones.

Seleccione solo UNA elección, ya sea la Elección 1 o la Elección 2 a continuación:

OPCIÓN 1— Tiene que escoger A, B, o C

Cuando falte al trabajo debido a esta lesión o enfermedad, escojo usar todos mis días de licencia por enfermedad acumulados Y:

- A. Todos mis días acumulados de vacaciones anual.
- B. Una parte de mis días de vacaciones acumulados (ingrese los números a continuación).
- C. Nada de mis días acumulados de vacaciones acumulados anual.

Si seleccionó B, ¿cuánto de la parte de su licencia desea donar?

OPCIÓN 2

Cuando falte al trabajo debido a esta lesión o enfermedad, escojo **no** usar nada de mi licencia por enfermedad o vacaciones acumulados anual. Entiendo que no recibiré pagos de compensación al trabajador hasta después de que pase el periodo de espera de siete (7) días calendarios días.

Indicar las horas disponible for favor: _____ Horas de licencia enfermedad: _____ Horas annual: _____

ELECCIÓN DE BENEFICIOS DE INGRESO TEMPORAL MENSUAL

Elijo (cambiar) mi beneficios temporal de ingresos con frecuencia de Semanal para aplicar (Mensual.) Para mas información, comunicarse con el Departamento del Seguros de Texas

<https://www.tdi.texas.gov/wc/employee/tempben.html>

Al firmar a continuación, declaro que entiendo que no puedo cambiar mi elección después de mi octavo (8.º) día de discapacidad y que he leído las instrucciones en la página 2.

Firma del empleado

Fecha

Firma del coordinador de reclamos

Fecha

INSTRUCCIONES

Opción del empleado sobre el uso de licencia por enfermedad o vacaciones para empleados generales

Los empleados lesionados pueden optar por usar días de licencia por enfermedad acumulados y toda, parte o nada de sus días de vacaciones por el tiempo que faltan al trabajo debido a una lesión ocurrida en el trabajo. Los días de licencia por enfermedad o vacaciones acumulados representan los días de licencia pagados que tiene la persona cuando ocurre una lesión además de los días de licencia que se acumulen después de la lesión. La siguiente información detalla los efectos de las diferentes opciones disponibles para usted.

Si Elige la Opción 1

- Tiene que usar todos los días de licencia por enfermedad acumulados pero puede optar por usar todos, algunos, o nada de sus días de vacaciones.
- Se tienen que usar todos los días de licencia por enfermedad antes de usar días de vacaciones.
- Si escoge la opción 1A y regresa al trabajo pero después tiene días de licencia por enfermedad adicionales, tiene que usar todos los días de licencia por enfermedad y de vacaciones acumulados antes de recibir beneficios de ingresos de compensación al trabajador.
- Si escoge la opción 1B, tiene que usar todo el saldo de días de licencia por enfermedad y de vacaciones autorizados antes de ser elegible para recibir beneficios de ingresos de compensación al trabajador.
- Si escoge la opción 1C, tiene que usar todo el saldo de días de licencia por enfermedad antes de recibir beneficios de ingresos de compensación al trabajador.
- Los beneficios de ingresos de compensación al trabajador empiezan hasta después del octavo día de incapacidad. Los empleados que están incapacitados por al menos 14 días reciben beneficios retroactivos por cualquier parte de los siete días de espera que no paguen los días de licencia.
- Usted seguirá recibiendo su pago completo mientras tenga días acumulados que usar y haya autorizado a su agencia para que lo use durante la lesión. Si se terminan los días de licencia que eligió, puede recibir beneficios de ingresos para reemplazar una parte de los ingresos que perdió. Esto puede ser entre 70% y 75% de su salario semanal promedio dependiendo de su salario cuando ocurrió la lesión.
- Se recomienda que consulte a su Departamento de Recursos Humanos sobre el impacto de la opción que escogió en su saldo de días de licencia y beneficios de seguro si estará incapacitado por un periodo de tiempo largo.

Si Elige la Opción 2

- Usted escoge no usar días de licencia por enfermedad o de vacaciones para su lesión compensable. Su agencia puede colocarlo inmediatamente en licencia sin derecho a pago.
- Usted no puede recibir beneficios de ingresos de compensación al trabajador por los primeros siete (7) días calendarios que no puede trabajar. Si llena los requisitos, los beneficios de reemplazo de ingresos empezarán el octavo (8) día de incapacidad y los empleados que no puedan trabajar por 14 días recibirán beneficios retroactivos por los primeros siete días. Se le pagará a un nivel de 70% a 75% de su salario semanal dependiendo de su salario en el momento de la lesión.

Aviso: Salvo algunas excepciones, la persona tiene derecho, si lo solicita, a que se le notifique sobre la información que un organismo gubernamental recopila sobre su persona. Bajo las Secciones 552.021 y 552.023 del Código Gubernamental la persona tiene derecho a recibir y revisar la información y bajo la Sección 559.004 del Código Gubernamental tiene derecho a que el organismo gubernamental corrija información que esté incorrecta.