STATE OF NEW YORK
WORKERS' COMPENSATION BOARD
100 BROADWAY-MENANDS
ALBANY, NY 12241
(877) 632-4996

Se lesionó en el trabajo. ¿Ahora qué?

Si usted ha sufrido una lesión o enfermedad, usted puede ser elegible para recibir beneficios de compensación obrera. Puede ser que usted ya haya recibido servicios médicos. Si no los ha recibido, debe gestionarlos inmediatamente.

Responsabilidad del Trabajador

- Usted debe notificar a su patrono, por escrito, cuándo, donde y como usted se lesionó. Haga esto dentro del término de 30 días de su lesión.
- *Informes médicos son necesarios para su caso.* Infórmele a su médico que usted tiene una lesión relacionada con su trabajo y provéale el nombre de su patrono. No pague ni use otro seguro para su cuido. Pídale a su médico que radique informes a la Junta y a su patrono ó su compañía de seguros. Si su caso es cuestionado, la Junta necesita un informe médico sobre su lesión para iniciar la solución de su reclamación.

El inicio de un caso

Tan pronto como su patrono se informe de su lesión, debe notificar a la Junta. *Usted debe llenar una forma de empleado (C-3) para ser un informe sobre su lesión lo mas pronto possible.* (Usted **debe** notificar a la Junta de su lesión o enfermedad dentro del término de dos años.) Si usted se ha lesionado antes en la misma parte del cuerpo o ha tenido una enfermedad similar, usted también tendrá que llenar la Forma C-3.3.

Si usted aún no ha completado la Forma C-3 o C-3.3 (si fuera necesaría), hay tres maneras de hacerlo.

- Visite *www.wcb.ny.gov/content/main/onthejob/howto.jsp* para completar la forma.
- Llene las formas adjuntas y envíelas por correo a la Junta.
- Llame al 1-866-396-8314. Un empleado de la Junta llenará la forma con usted.

Facturas por Cuidado Médico

No le pague a su médico ni al hospital. Esas facturas son pagadas por la compañía de seguros a menos que la Junta rechase su caso. Si su caso es objetado, los proveedores serán pagados cuando la Junta decida el caso. Si la Junta decide en su contra o *si usted descontinua los trámites del caso usted tendrá que pagar el médico y el hospital.*
El seguro de su patrono cubre medicinas y equipo necesario que su médico ha recetado. Usted también tiene derecho recibir pago para transportación o gastos incurridos al viajar para recibir tratamiento. (Obtenga recibo de esos gastos.)

Por lo general usted puede seleccionar cualquier médico autorizado por la junta. Usted también puede utilizar clínicas de enfermedad ocupacional. Sin embargo, si el seguro de su patrono tiene un proveedor preferido para el cuido de lesiones en el trabajo, usted debe recibir el tratamiento inicial de esos proveedores. Si ese asegurador también tiene servicios farmacéuticos

o una organización para proveer diagnósticos, usted debe recibir el servicio a través de esa organización. Si el asegurador usa esas organizaciones debe informarle a usted cuáles son y cómo usarlas.

Beneficios por Sueldos Perdidos

Usted tiene derecho a una parte de sus sueldos perdidos si su lesión o enfermedad le afecta en una o más formas:

1. Le impide trabajar por más de siete días.
2. Parte de su cuerpo está permanentemente discapacitado.
3. Su paga se ha reducido porque ahora usted trabaja menos horas o hace otro trabajo.

El patrono o el asegurador puede aceptar su reclamación y empezar a pagar sus beneficios por sueldo perdidos inmediatamente. Algunas veces, patronos o compañías de seguros pueden objetar su reclamación. Cuando eso pasa la Junta trata de resolver la mayoría de los casos dentro del término de noventa días.

Usted puede contratar un abogado o un representante licenciado, que pueda ayudar con reclamaciones intricas o cuyas han sido objetadas, pero no es requerido. La Junta fija sus honorarios y los mismos son deducidos de lo que usted recibira por sueldos perdidos. Usted y su familia no debe pagar nada directamente a su abogado o representante licenciado.

Si su caso es objetado, usted podrá recibir beneficios por incapacidad mientras se ve el caso. Usted los pagará cuando reciba su pago por sueldos perdidos. Para obtener la forma para reclamarlos DB-450, una oficina de la Junta, o llame al [800] 353-3092 o visite *www.wcb.ny.gov/content/main/forms/db450.pdf*.

Ayuda Disponible

Hay veces que se necesita ayuda para regresar a trabajar. Su patrono puede tener un programa de regreso al trabajo que podría permitirle regresar a trabajar haciendo trabajos livianos o en una posición alterna, mientras usted se cura. Una lesión también puede causar problemas económicos o familiares. La Junta de Compensación Obrera tiene Consejeros de Rehabilitación y Trabajadores Sociales para ayudarlo. Llame al [877] 632-4996 para información adicional.

¿Qué Pasa Después?

Su patrono o su compañía de seguros le avisará si su reclamación ha sido aceptada. Cuando eso ocurra, su tratamiento será pagado y empezarán los beneficios por sueldos perdidos. Si su caso es objetado, la Junta le informará como se resolucionará su case. Si se necesita más información, la Junta se comunicará con usted y le indicará cómo radicarla.

Información Importante de Contacto

Junta de Compensación Obrera	(877)632-4996	General_Information@wcb.ny.gov
Beneficios por Incapacidad	(800)353-3092	www.WCB.NY.Gov
Ayudando a los residentes de Nueva York de bajos ingresos resolver sus problemas legales	(800)342-3661	lr@nysba.org.

WORKERS' COMPENSATION BOARD
New York State

Reclamo del empleado

Estado de Nueva York - Junta de Compensación Obrera

C-3

Complete este formulario para solicitar los beneficios de compensación al trabajador por una lesión laboral o una enfermedad relacionada-con el trabajo. Escriba a máquina o en letra de imprenta clara. Este formulario también puede completarse en línea ingresando a www.wcb.ny.gov.

Número de caso de la WCB (si lo conoce):_____

A. SU INFORMACIÓN (empleado)

1. Nombre:_____ (Primer nombre / Inicial 2º nombre / Apellido) 2. Fecha de nacimiento:_____/_____/_____
3. Dirección postal: _____ (Calle y número/Casilla de correo / Ciudad / Estado / Código postal)
4. Número de Seguro Social:_____ 5. Teléfono: (____)_____ 6. Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
7. Si debe asistir a una audiencia de la Junta, ¿necesitará un traductor? ☐ Sí ☐ No Si responde "Sí", ¿de qué idioma?_____

B. SU/S EMPLEADOR/ES

1. Empleador al momento de lesionarse:_____ 2. Teléfono:(____)_____
3. Su domicilio laboral:_____ (Calle y número / Ciudad / Estado / Código postal)
4. Fecha de contratación: _____/_____/_____ 5. Nombre de su supervisor:_____
6. Nombres/domicilios de otro/s empleador/es al momento de su lesión/enfermedad:_____
7. ¿Perdió tiempo de trabajo en otro/s empleo/s por la lesión que sufrió o la enfermedad que contrajo? ☐ Sí ☐ No

C. SU EMPLEO a la fecha de la lesión o enfermedad

1. ¿Cuál era su cargo o cómo describe su tarea?_____
2. ¿Qué tipos de actividades solía realizar? _____
3. Su empleo era... (marque uno) ☐ De tiempo completo ☐ De tiempo parcial ☐ Temporario ☐ Voluntario ☐ Otro: _____
4. ¿Cuál era su remuneración bruta (sin deducir impuestos) por período de pago? _____ 5. ¿Cada cuánto se le pagaba? _____
6. ¿Recibía alojamiento o pagos adicionales a su remuneración? ☐ Sí ☐ No Si responde "Sí", describa: _____

D. SU LESIÓN O ENFERMEDAD

1. Fecha de la lesión o fecha de la aparición de la enfermedad:_____/_____/_____ 2. Hora en que sufrió la lesión:_____ ☐ A. M. ☐ P. M.
3. ¿Dónde sufrió la lesión/contrajo la enfermedad? (por ej., 1 Main Street, Pottersville, en la entrada principal) _____
4. ¿Este era su lugar de trabajo habitual? ☐ Sí ☐ No Si responde "No", ¿por qué estaba allí?_____
5. ¿Qué estaba haciendo cuando se lesionó o enfermó? (por ej., descargando un camión, preparando un informe)_____
6. ¿Cómo sufrió la lesión/contrajo la enfermedad? (por ej., "tropecé con una tubería y me caí")_____
7. Explique con detalles la naturaleza de su lesión/enfermedad, liste las partes del cuerpo afectadas (por ej., tobillo izquierdo doblado y corte en la frente):

LA JUNTA DE COMPENSACIÓN OBRERA EMPLEA Y ASISTE A PERSONAS CON DISCAPACIDADES SIN DISCRIMINARLAS

SU NOMBRE: _____ **FECHA DE LA LESIÓN/ENFERMEDAD:** _____/_____/_____
Primer nombre Inicial 2º nombre Apellido

D. SU LESIÓN O ENFERMEDAD *cont.*

8. ¿Hubo algún objeto involucrado en la lesión/enfermedad (por ej., un montacargas, un martillo, ácido)? ☐ Sí ☐ No Si responde "Sí", ¿cuál?_____
9. ¿La herida fue consecuencia del uso o el manejo de un vehículo motorizado con licencia? ☐ Sí ☐ No

   Si responde "Sí", ☐ su vehículo ☐ vehículo de su empleador ☐ otro vehículo ☐ Número de licencia (si lo conoce): _____

   Si estuvo involucrado su vehículo, dé el nombre y domicilio de la aseguradora de su vehículo: _____

   _____
10. ¿Avisó a su empleador (o supervisor) sobre la lesión/enfermedad? ☐ Sí ☐ No

    Si responde "Sí", avisó: _____ ☐ verbalmente ☐ por escrito Fecha de aviso: _____/_____/_____
11. ¿Alguien vio cuando se lesionó? ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé Si responde "Sí", indique quiénes: _____

    _____

E. REINCORPORACIÓN AL TRABAJO

1. ¿Dejó de trabajar a causa de su lesión/enfermedad? ☐ Sí, ¿en qué fecha? _____/_____/_____ ☐ No, pase a la sección F.
2. ¿Se ha reincorporado al trabajo? ☐ Sí ☐ No Si responde "Sí", ¿en qué fecha? _____/_____/_____ ☐ tarea habitual ☐ tareas limitadas
3. Si se reincorporó al trabajo, ¿para quién trabaja actualmente? ☐ El mismo empleador ☐ Empleador nuevo ☐ Autónomo
4. ¿Cuál es su remuneración bruta (sin deducir impuestos) por período de pago? _____ ¿Cada cuánto se le paga?_____

F. TRATAMIENTO MÉDICO POR LA LESIÓN O ENFERMEDAD

1. ¿Cuándo recibió su primer tratamiento? _____/_____/_____ ☐ No recibí ninguno (pase a la pregunta F-5)
2. ¿Recibió tratamiento en el lugar? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Dónde recibió su primer tratamiento médico externo por su lesión/enfermedad? ☐ No recibí ninguno ☐ Sala de emergencias

   ☐ Consultorio médico ☐ Clínica/Hospital/Atención de urgencia ☐ Internación en hospital más de 24 horas

   Nombre y domicilio del lugar donde lo trataron por primera vez: _____

   _____Teléfono: (____)_____
4. ¿Se sigue tratando por esta lesión/enfermedad? ☐ Sí ☐ No

   Nombre y domicilio de el/los médico/s que tratan su lesión/enfermedad:_____

   _____Teléfono: (____)_____
5. ¿Recuerda haber sufrido otra lesión en la misma parte del cuerpo o haber sufrido una enfermedad parecida? ☐ Sí ☐ No

   Si responde "Sí", ¿lo trató un médico? ☐ Sí ☐ No Si responde "Sí", dé los nombres y domicilios de el/los médico/s que lo trataron y **COMPLETE Y PRESENTE EL FORMULARIO C-3.3 JUNTO CON ESTE FORMULARIO:**

   _____

   _____

   _____
6. ¿La lesión/enfermedad anterior se relacionó con el trabajo? ☐ Sí ☐ No

   Si responde "Sí", ¿trabajaba para el mismo empleador que trabaja actualmente? ☐ Sí ☐ No

Por la presente, reclamo los beneficios que establece la Ley de Compensación al Trabajador. Con mi firma certifico que la información que aquí brindo es auténtica y precisa, a mi leal saber y entender.

Toda persona que con conocimiento y con la INTENCIÓN DE ESTAFAR presente, o cause que se presente, o prepare información que contenga FALSEDADES u omisiones de hechos concretos sabiendo o creyendo que será presentada a un asegurador o auto asegurador, o que será presentada por éste, SERÁ CULPABLE DE DELITO y estará sujeto a MULTAS Y A LA PRIVACIÓN DE SU LIBERTAD.

Firma del empleado: _____ Nombre en letra de imprenta:_____ Fecha: ____/____/____

En representación del empleado: _____ Nombre en letra de imprenta:_____ Fecha: ____/____/____

Un tercero puede firmar en representación del empleado sólo si está autorizado legalmente para hacerlo y el empleado es menor de edad, incapacitado mental o discapacitado.

Certifico según mi leal saber y entender, después de indagaciones razonables bajo las circunstancias del caso, que las declaraciones y otras cuestiones prácticas asentadas más arriba cuentan con evidencia que las respalda, o pueden ser respaldadas por evidencias si se realizan investigaciones o existen hallazgos posteriores.

Firma del abogado/representante (si corresponde): _____ Fecha: ____/____/____

Nombre en letra de imprenta: _____ Cargo: _____

N.º de ID, si aplica: **R** _____ Si es un representante autorizado, N.° de licencia: _____ Fecha de vencimiento: ____/____/____

Instrucciones para completar el formulario C-3S "Reclamo del empleado"

Por favor, complete este formulario y envíelo a la oficina de la Junta de Compensación Obrera de su distrito (DO) para solicitar los beneficios de la compensación para el trabajador. Los domicilios se listan al pie de estas instrucciones. Si necesita más ayuda para completar este formulario, comuníquese con la Junta de Compensación Obrera al **1-877-632-4996. También puede completarlo en línea visitando: http://www.wcb.ny.gov/**

Si no tiene o no conoce el Número de caso de la Junta de Compensación Obrera, deje este campo en blanco. No es obligatorio completarlo para procesar su reclamo. Recuerde ingresar su nombre y la fecha de la lesión/enfermedad en la parte superior de la página dos.

Sección A - Su información (empleado):

Punto 1: Ingrese su nombre completo, incluyendo primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido.
Punto 2: Ingrese su fecha de nacimiento en formato mes/día/año. Incluya los cuatro dígitos del año.
Punto 3: Ingrese su dirección postal, incluyendo la casilla de correo, si corresponde, la ciudad o pueblo, estado y código postal.
Punto 4: Ingrese su Número de Seguro Social. Esto es muy importante para que su reclamo se procese más rápido.
Punto 5: Indique un teléfono de contacto principal (incluya el código de área). Puede ser un celular.
Punto 6: Indique su sexo (masculino o femenino).
Punto 7: Las audiencias de la Junta son en inglés. La Junta pondrá a su disposición un traductor si lo necesita para entender el procedimiento. Marque SÍ e indique el idioma que necesita.

Sección B - Su/s empleador/es:

Punto 1: Indique el nombre del empleador para quien trabajaba al momento de su lesión o enfermedad.
Punto 2: Ingrese el número de teléfono de este empleador, ya sea un teléfono de contacto principal o el número de su supervisor.
Punto 3: Ingrese la dirección postal del empleador, incluyendo la casilla de correo, si corresponde, la ciudad o pueblo, estado y código postal.
Punto 4: Indique la fecha en la que lo contrató su empleador.
Punto 5: Ingrese el nombre de su supervisor directo a quien usted reporta regularmente.
Punto 6: Si tiene más de un empleo, indique los nombres y domicilios de todos los empleadores para quienes trabaja además del involucrado en su lesión. Puede usar otra hoja si necesita más espacio.
Punto 7: Marque SÍ si perdió tiempo en alguno de sus otros empleos a causa de la lesión o la enfermedad; de lo contrario, marque NO.

Sección C - Su Empleo a la fecha de la lesión o enfermedad:

Punto 1: Indique su cargo actual o describa sus tareas (por ej., empleado de depósito).
Punto 2: Indique las actividades habituales que realiza en su puesto (por ej., tomar inventario, descargar camiones, etc.).
Punto 3: Marque el tipo de empleo que tuvo.
Punto 4: ¿Cuál era su remuneración bruta (sin deducir impuestos) por período de pago?
Punto 5: Indique con qué frecuencia se le pagaba (semanalmente, cada dos semanas, etc.).
Punto 6: Indique si recibía alojamiento o pagos adicionales a su remuneración regular. En caso afirmativo, describa.

Sección D - Su lesión o enfermedad:

Punto 1: Ingrese la fecha en que se lesionó o cuando se enteró de que contrajo la enfermedad. Ingrese la fecha en formato mes/día/año. Incluya los cuatro dígitos del año. Si se trata de una dolencia o de una enfermedad laboral, pase al punto 2.
Punto 2: Ingrese la hora en que se lesionó. Marque si fue A. M. o P. M.
Punto 3: Indique dónde ocurrió la lesión/enfermedad, incluyendo el domicilio del edificio y la ubicación física del mismo donde sufrió la lesión/contrajo la enfermedad.
Punto 4: Marque si se trataba de su lugar de trabajo habitual. En caso negativo, explique por qué estaba allí.
Punto 5: Describa en forma detallada qué estaba haciendo en el momento de la lesión/enfermedad (por ej., descargaba a mano cajas de un camión). Esto explica los eventos que dieron lugar a la lesión.
Punto 6: Describa en detalle cómo sufrió la lesión/contrajo la enfermedad (por ej., estaba sacando una caja pesada de un camión). Aquí debe incluir a todas las personas y circunstancias involucradas en la lesión/enfermedad.
Punto 7: Indique claramente la naturaleza y el grado de su lesión/enfermedad, incluyendo todas las partes del cuerpo afectadas. Sea lo más específico posible. (por ej., "me lastimé la espalda intentando alzar una caja pesada. Ahora me duele al inclinarme o al alzar objetos aunque sean livianos".)
Punto 8: Indique si en el accidente estuvo involucrado algún objeto QUE NO FUERA un vehículo motorizado con licencia. Otros objetos pueden ser una herramienta (por ej., un martillo), una sustancia química (por ej., ácido), maquinaria (por ej., un montacargas o una prensa taladradora), etc.
Punto 9: Indique si un vehículo motorizado con licencia estuvo involucrado en el accidente. En caso afirmativo, verifique si el vehículo motorizado era suyo, de su empleador o de un tercero. Incluya el número de licencia (si lo conoce). Si estuvo involucrado su vehículo, complete el nombre y domicilio de la aseguradora que emitió la póliza de responsabilidad civil de su vehículo.
Punto 10: Marque si avisó a su empleador o supervisor sobre su lesión o enfermedad. En caso afirmativo, indique a quién avisó y si lo hizo verbalmente o por escrito. Incluya la fecha en que avisó.
Punto 11: Marque si alguien más estuvo presente al momento de la lesión. En caso afirmativo, incluya su/s nombre/s.

Sección E - Reincorporación al trabajo:

Punto 1: Si dejó de trabajar a causa de su lesión/enfermedad laboral, marque SÍ e indique la fecha en que dejó de trabajar. Si no dejó de trabajar, marque NO y pase a la sección que sigue.
Punto 2: Si retornó al trabajo, marque SÍ. Además, indique en qué fecha se reincorporó al trabajo; también si retomó sus tareas habituales o si realiza tareas limitadas o restringidas. (Si no retomó por completo las tareas que cumplía antes de la lesión o enfermedad, realiza Tareas Limitadas.)

Sección E - Reincorporación al trabajo (cont.):

Punto 3: Si se reincorporó al trabajo, ¿para quién trabaja actualmente?

Punto 4: Ingrese la remuneración bruta (sin deducir impuestos) por período de pago que recibe en su actual empleo. Indique con qué frecuencia se le paga (semanalmente, cada dos semanas, etc.).

Sección F - Tratamiento médico de la lesión o enfermedad:

Punto 1: Si no recibió tratamiento médico por esta lesión/enfermedad, marque No Recibí Ninguno y pase al punto 5. De lo contrario, ingrese la fecha en que lo trataron por primera vez por esta lesión/enfermedad y complete el resto de esta sección.

Punto 2: Marque si la primera vez recibió tratamiento por la lesión o la enfermedad en su empleo.

Punto 3: Marque el lugar donde recibió su primer tratamiento médico externo por la lesión o la enfermedad. Incluya el nombre y domicilio del establecimiento, así como el número de teléfono (incluyendo código de área).

Punto 4: Si aún está en tratamiento por la misma lesión o enfermedad, marque SÍ e indique el nombre y domicilio de el/los médico/s que lo tratan, así como el número de teléfono (incluyendo código de área); de lo contrario, marque NO.

Punto 5: Si cree que ya sufrió una lesión en la misma parte del cuerpo o que padeció una enfermedad parecida, marque SÍ e indique si un médico lo trató por esta lesión o enfermedad. Si fue tratado por un médico, indique el/los nombre/s y domicilio/s de el/los médico/s que lo asistieron y **complete y presente el formulario C-3.3 junto con este formulario.**

Punto 6: Si sufrió una lesión o contrajo una enfermedad anteriormente, marque si se trató de una lesión o enfermedad laboral. En caso afirmativo, marque si la lesión o la enfermedad ocurrió mientras trabajaba con su actual empleador.

Firme el formulario C-3S en el lugar reservado para la "Firma del Empleado" en la página 2, escriba su nombre con letra de imprenta e ingrese la fecha en que firmó el formulario. Si un tercero firma en representación del empleado, esa persona debe firmar en el segundo renglón de firmas. Si cuenta con un representante legal, éste **debe** completar y firmar la sección de certificación del abogado/representante al pie de la página 2.

Lo que todo trabajador debe hacer en caso de sufrir una lesión en el lugar de trabajo o contraer una enfermedad laboral:

1. Informe de inmediato a su empleador o supervisor cuándo, dónde y cómo se lesionó.
2. Asegúrese de recibir atención médica sin demora.
3. Dígale a su médico que presente informes médicos a la Junta y al empleador o su aseguradora.
4. Prepare este reclamo de compensación y envíelo a la Oficina de la Junta de Compensación Obrera más cercana. (Vea a continuación.) Si no se hace la presentación dentro de los dos años posteriores a la fecha de la lesión, el reclamo puede ser rechazado. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame por teléfono o consulte la lista que sigue para visitar la Oficina de la Junta de Compensación Obrera más cercana.
5. Asista a todas las audiencias a las que se lo cite.
6. Retorne a su trabajo lo antes posible: nunca la compensación es lo mismo que su salario.

Sus derechos:

1. Por lo general, usted puede tratarse con el médico que elija, siempre que se trate de un profesional autorizado por la Junta. Si su empleador está en un sistema de prestador preferido (SPP), usted deberá recibir el tratamiento inicial de dicho prestador preferido que fue designado para brindar atención médica en caso de lesiones laborales que recibirán compensación.
2. NO le pague a su médico ni a un hospital. La aseguradora pagará sus facturas si su caso no es impugnado. Si su caso es impugnado, el médico o el hospital deberán esperar para cobrar hasta que la Junta tome una decisión sobre su caso. En el caso de que no abra su caso o de que la Junta decida en su contra, deberá pagar los gastos del médico o del hospital.
3. También tiene derecho a que se le reintegre el importe de medicinas, muletas o cualquier otro aparato que prescriba su médico, así como los viáticos u otros gastos necesarios para ir o regresar del consultorio médico o del hospital. (Pida comprobantes de todos estos gastos.)
4. Tiene derecho a recibir una compensación cuando la lesión le impida trabajar durante más de siete días, lo obligue a trabajar por salarios más bajos o resulte en una discapacidad permanente de alguna parte de su cuerpo.
5. La compensación se paga directamente y sin esperar una concesión, salvo que el reclamo sea impugnado.
6. Los trabajadores lesionados o los dependientes de trabajadores fallecidos pueden representarse a sí mismos ante la Junta o pueden contratar a un abogado o representante autorizado para actuar en su nombre. Si se contrata a un abogado o representante autorizado, los honorarios por sus servicios serán sometidos al análisis de la Junta; si son aprobados, el empleador o la aseguradora se harán cargo de los mismos sin considerar los beneficios por compensación pendientes. En un caso de compensación, los trabajadores lesionados o los dependientes de trabajadores fallecidos no deben pagar directamente ningún monto al abogado ni al representante legal.
7. Si necesita asistencia para reincorporarse a su empleo o si enfrenta problemas familiares o financieros a causa de su lesión, comuníquese con la oficina más cercana de la Junta de Compensación Obrera y pida ver a un asesor en rehabilitación o a un asistente social.

Este formulario debe presentarse enviándolo directamente al domicilio que figura a continuación:

New York State Workers' Compensation Board
Centralized Mailing
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205

Línea gratuita de atención al cliente: 877-632-4996

WORKERS' COMPENSATION BOARD
New York State

Divulgación limitada de información sobre la salud (HIPAA)

C-3.3

Estado de Nueva York - Junta de Compensación Obrera

Número de caso de la WCB *(si lo conoce)*:_____

Al Reclamante: Si usted recibió tratamiento por una *lesión anterior* en la misma parte del cuerpo o por una enfermedad parecida a la descripta en su actual reclamo, complete este formulario. Este formulario autoriza a los prestadores de salud que usted indique a continuación a divulgar información sobre su salud con respecto a su lesión/enfermedad anterior a la compañía aseguradora de compensación laboral de su empleador. La ley federal HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996) establece que usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario. Si no entiende este formulario, póngase en contacto con su representante legal. Si no tiene representante legal, el Defensor de Trabajadores Lesionados de la Junta de Compensación Obrera podrá ayudarlo. Llame al: 800-580-6665.

Al prestador de salud: Una **copia** de esta divulgación de conformidad con la HIPAA lo autoriza a revelar información sobre la salud. Si en respuesta a esta divulgación, usted envía registros a la aseguradora de compensación laboral del empleador, también envíe copias por correo al representante legal del Reclamante. (Si a continuación no figura ningún representante legal, envíe copias al Reclamante.) Los prestadores de salud que divulgan registros deben ceñirse a la ley del estado de Nueva York y la HIPAA.

Esta divulgación es:

- **Voluntaria.** Su/s prestador/es de salud debe/n brindarle la misma atención, condiciones de pago y beneficios, ya sea que usted haya firmado o no este formulario.
- **Limitada.** Autoriza a el/los prestador/es de salud a divulgar sólo aquellos registros médicos relacionados con la enfermedad/condición que describe a continuación.
- **Temporaria.** Finaliza cuando se acepte o se desestime su actual reclamo de compensación y se hayan agotado todas las instancias de apelación.
- **Revocable.** Usted puede cancelar esta divulgación en cualquier momento. Para esto, envíe una carta a el/los prestador/es de salud que figuran en este formulario. También envíe una copia de la carta que escribió a la aseguradora de compensación laboral de su empleador y a la Junta de Compensación Obrera. *Nota: Usted no podrá cancelar esta divulgación con respecto a registros médicos ya brindados.*
- **Sólo para registros.** Le otorga permiso a el/los prestador/es de salud que figuran en este formulario para enviar copias de sus registros médicos a la compañía aseguradora de compensación laboral de su empleador.

Este formulario NO permite a su/s prestador/es de salud divulgar los siguientes tipos de información:

- **Información relacionada con el VIH**
- **Notas sobre terapia psicológica**
- **Tratamiento por alcoholismo/drogadicción**
- **Tratamiento de salud mental** (a menos que usted lo marque a continuación)
- **Información verbal** (sus prestadores de salud no pueden discutir información de su salud con nadie)

Todo registro médico que se haya divulgado pasará a integrar su expediente de compensación laboral y será de carácter confidencial en virtud de la Ley de Compensación Laboral.

A. SU INFORMACIÓN (Reclamante)

1. Nombre:_____ 2. Número de Seguro Social:_____-_____-_____
3. Dirección postal: _____
4. Fecha de nacimiento: _____/_____/_____ 5. Fecha de la lesión/enfermedad actual: _____/_____/_____
6. Lesión/enfermedad actual, incluyendo todas las partes del cuerpo afectadas: _____
7. Nombre y domicilio de su representante legal (si corresponde):_____

☐ *Marque aquí si autoriza a su/s prestador/es de salud a divulgar información sobre su* ***tratamiento salud mental****.*

B. SU/S PRESTADOR/ES DE SALUD (Liste todos los prestadores de salud que lo atendieron por una lesión *anterior* en la misma parte del cuerpo o una enfermedad parecida. Si son más de 2 prestadores, adjunte a este formulario la información de contacto de los mismos.)

1. Prestador: _____ 2. Número de teléfono: (____)_____
3. Dirección postal: _____
4. Otro prestador (si aplica): _____ 5. Número de teléfono: (____)_____
6. Dirección postal: _____

C. LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN.

Por la presente, solicito que el/los prestador/es de salud que figuran más arriba entreguen a la aseguradora de compensación laboral de mi empleador copias de todos los registros médicos relacionados a cualquier lesión/enfermedad anterior, en cualquier parte de mi cuerpo, descripta precedentemente.

_____
Firma del reclamante (use sólo tinta y, si es posible, bolígrafo azul). Fecha

Si el reclamante no puede firmar, la persona que firme en su nombre deberá completar y firmar a continuación:

_____
Su nombre | Relación con el Reclamante | Firma (use sólo tinta y, si es posible, bolígrafo azul). | Fecha