



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 cuidado. 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 llenando una forma C-2. *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 necesaria), hay tres maneras de hacerlo.

- Visite [www.wcb.ny.gov/content/main/onthejob/howto.jsp](http://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 rechace 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 cuidado 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 intrincadas o cuyas han sido objetadas, pero no es requerido. La Junta fija sus honorarios y los mismos son deducidos de lo que usted recibirá 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](http://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 resolverá su caso. 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.

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](http://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):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

SU NOMBRE: \_\_\_\_\_  
Primer nombre Inicial 2º nombre Apellido

FECHA DE LA LESIÓN/ENFERMEDAD: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 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.º 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. Dígame 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**



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 descrita 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, descrita 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



La compañía de seguros para beneficios de compensación de los trabajadores lesionados es The New York State Insurance Fund (NYSIF), que tiene un contrato con CVS Caremark, un administrador de servicios de farmacia (PBM) que ofrece convenientes servicios de surtido de medicamentos con receta médica.

NYSIF implementó con CVS Caremark una inscripción inmediata o servicio de “suministro de ciclo corto”. El nuevo servicio permite que cualquier farmacia de la red de PBM acepte inmediatamente a los trabajadores lesionados. Aunque la ley de Nueva York no nos obliga a proporcionar este beneficio, decidimos ofrecer una cantidad limitada de beneficios de medicamentos con eficiencia de costos para los nuevos reclamos que se presenten por **lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo**, para poder ayudar a los trabajadores lesionados en esos primeros días difíciles después de una lesión y antes de que se acepte el reclamo.

Cuando un empleado se lesione en el trabajo, se podrá usar el formulario que está en el otro lado de esta página (**Identificación de servicios temporales para medicamentos con receta médica de los beneficios de compensación de los trabajadores lesionados**) para surtir los medicamentos con receta médica en cualquier farmacia participante en la Red de beneficios de compensación de los trabajadores lesionados de CareComp Network of CVS Caremark. Esto hace que sea mucho más fácil obtener los **medicamentos con receta médica para su lesión relacionada con el trabajo**.

**Paso 1: El empleador anota:**

- Nombre del empleador
- Número de póliza

**Paso 2: El empleado lesionado anota su:**

- Número de Seguro Social
- Fecha de la lesión
- Fecha de nacimiento
- Nombre
- Dirección de correo

**Paso 3: El empleado lesionado lleva a la farmacia:**

- Formulario completo de identificación temporal
- Recetas médicas de los medicamentos para la lesión relacionada con el trabajo

**Paso 4:** En los siguientes 10 días después de que New York State Insurance Fund confirme el accidente, el empleado lesionado recibirá un paquete de CVS Caremark. El paquete incluirá una tarjeta de identificación permanente que deberá usar para surtir los medicamentos con receta médica relacionados con la lesión en el trabajo.

**Nota:** Los trabajadores lesionados pueden encontrar farmacias locales participantes ingresando en: <http://www.wcrxpharmacylocator.com>, o llamando a la línea directa de atención al paciente las 24 horas del día, CVS Caremark 24-hour, al (866) 493-1460.

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, comuníquese con NYSIF, su compañía de seguros para beneficios de compensación de los trabajadores lesionados, llamando al (888) 875-5790.





Workers' Compensation Temporary Prescription Services ID

Important Information

ATTENTION INJURED WORKER

This Workers' Compensation Temporary Prescription Services ID form MUST BE PRESENTED to your pharmacist when you fill your initial prescription(s). If you have questions or need to locate a participating pharmacy, please contact CVS Caremark Customer Service at 1-866-493-1640.

ATENCIÓN: TRABAJADOR LESIONADO

Este formulario de Identificación para Servicios Temporales de Prescripción de Recetas por Compensación del Trabajador DEBERÁ SER PRESENTADO a su farmacéutico al surtir su(s) receta(s) inicial(es). Si tiene cualquier duda o necesita localizar una farmacia participante, por favor contacte al área de Atención a Clientes de CVS Caremark, en el teléfono 1-866-493-1640.

Pharmacist/Employer – When form is completed, fax to CVS Caremark: 1-866-493-1644

Claimant information will be added by CVS Caremark to allow medications to process. This information can also be phoned in at 1-866-493-1640

Form with fields for New York State Insurance Fund, Group#: NYSIF, Attention: All items below must be completed, EMPLOYER'S NAME, INJURED WORKER'S NAME, EMPLOYER'S WORKERS' COMPENSATION POLICY NUMBER, INJURED WORKER'S MAILING ADDRESS, DATE OF INJURY, STREET, INJURED WORKER'S DATE OF BIRTH, CITY, STATE, ZIP, ID#, Injured Worker's Social Security Number. Includes a Help Desk note.

Attention Pharmacist:

New York State Insurance Fund's prescription program is administered by CVS Caremark. The following are the steps necessary to submit a prescription for New York State Insurance Fund claimants.

Please follow the action steps listed below to enter the claim.

Table with 2 columns: Step, Action. Step 1: Enter Bin Number 610235. Step 2: Enter PCN: WRK. Step 3: ID: Injured Worker' Social Security Number.

NEED ASSISTANCE?

Pharmacist, if you have any questions while processing the claim, please call the CVS Caremark Help Desk at 1-866-493-1640.

**State of New York  
WORKERS' COMPENSATION BOARD**

**Notice of Right to Select a Workers' Compensation Board Authorized  
Health Care Provider**

Injured Employee's Name	Injured Employee's Social Security No.	Date of Accident
Employer's Name and Address		

**To the Injured Employee:**

For the treatment of your work-related injury or illness, you may choose any physician, podiatrist, chiropractor, or psychologist (upon referral from an authorized physician) who is Workers' Compensation Board authorized and who is accepting workers' compensation patients.

While you may choose to utilize a network or provider which is recommended by your employer or its workers' compensation insurance carrier or to permit your employer to select a provider on your behalf, you may, at any time, change your health care provider without jeopardizing your workers' compensation claim for benefits.

\_\_\_\_\_  
Signature of Injured Employee

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness

\_\_\_\_\_  
Date

**Please note:** It is not necessary for you to sign this consent form if your employer is (i) participating in a certified preferred provider organization (PPO) under Article 10-A of the Workers' Compensation Law, or (ii) participating in the alternative dispute resolution (ADR) pilot program under section 25(2-c) of the Workers' Compensation Law. In accordance with these statutory programs, except in emergency situations, you must obtain at least initial treatment for any workers' compensation injury or illness from the certified network(s) or providers designated by your employer.

**To the Employer:**

The employer shall provide the above-named injured employee with a copy of this signed form and shall maintain the original form in the employer's records where it may be inspected by the Workers' Compensation Board at any time. This form shall not be submitted to the Workers' Compensation Board nor shall it be executed prior to the occurrence of this employee's work-related injury or illness.

The Workers' Compensation Board employs and serves people with disabilities without discrimination.

**Estado de Nueva York  
JUNTA DE COMPENSACIÓN OBRERA**

**Aviso de Aceptación de Uso de Proveedor de Servicios o Red de Salud Recomendado por Patrono o Compañía de Seguros**

Nombre Empleado Lesionado	Seguro Social Empleado Lesionado	Día de Accidente
Nombre y Dirección del Patrono		

**Al Empleado Lesionado:**

Para el tratamiento de su lesión o enfermedad relacionada con su trabajo, usted puede escoger cualquier médico, podiatra, quiropráctico o sicólogo (con referido de un médico autorizado) que esté autorizado por la Junta y que esté aceptando pacientes de la Junta de Compensación Obrera.

Usted debe firmar esta forma de consentimiento si decide escoger usar una "Red" o Proveedores que sean recomendados por su patrono o por el seguro ó permitir que su patrono seleccione un proveedor en su nombre. Usted puede, en cualquier momento en el futuro cambiar su proveedor de salud de compensación obrera.

\_\_\_\_\_

Firma Empleado Lesionado

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma Testigo

\_\_\_\_\_

Fecha

**Nota:** No es necesario que usted firme este documento, si su patrono (1) participa en la organización certificada de proveedor preferido (PPO) acuerdo bajo el Artículo 10 A de la ley de Compensación Obrera, o (2) participa en el programa piloto de de resolución de alternativas de disputa (ADR) bajo la sección 25(2-C) de la ley de Compensación Obrera. De acuerdo con estos programas establecidos por ley, excepto en situaciones de emergencia, usted deberá al menos inicialmente, recibir tratamiento por lesiones o enfermedad en el trabajo, de una red certificada o de un proveedor designado por su patrono.

**Al Patrono:**

El patrono deberá proveer al empleado lesionado antes mencionado con una copia de esta forma firmada y deberá conservar el original en los records del empleado, donde pueda ser inspeccionada por la Junta de Compensación Obrera en cualquier momento. Esta forma no deberá ser sometida a la Junta de Compensación Obrera, ni deberá ser procesada con anterioridad a la lesión o enfermedad del empleado.

La Junta de Compensación Obrera emplea y sirve a personas con impedimentos sin discriminar.



# Depósito directo

New York State Insurance Fund  
nysif.com



New York State Insurance Fund (Fondo de seguros del estado de Nueva York, NYSIF) ofrece depósitos directos para que los solicitantes reciban los beneficios de compensación para el trabajador. En colaboración con su entidad financiera, NYSIF puede depositar los pagos de los beneficios directamente en su cuenta bancaria.

## INSTRUCCIONES PARA DEPÓSITOS DIRECTOS DE NYSIF SECCIÓN I LEA ATENTAMENTE

### REQUISITOS PARA LOS TIPOS DE CUENTAS

Elija solo una cuenta: **cuenta corriente** o **cuenta de ahorro**. Complete toda la información de la sección II, incluidos el número de ruta bancaria y el número de cuenta (vea la imagen del cheque). Consulte con su entidad bancaria si necesita ayuda para completar esta sección.

### CANCELACIÓN

Este acuerdo permanecerá vigente hasta su cancelación. Para cancelarlo, envíe un aviso por escrito a su administrador de casos. Puede comunicarse con su administrador de casos en [nysif.com](http://nysif.com)>CONTACT US>Contact Your Case Manager o puede llamar a Atención al cliente al 1-888-875-5790.

NYSIF o su entidad financiera también pueden cancelar este acuerdo. En tal caso, recibirá los cheques por correo.

### CAMBIOS EN SU CUENTA BANCARIA

Es su responsabilidad informar *inmediatamente* a NYSIF de cualquier cambio en su cuenta (p. ej., cambio de número de cuenta, de entidad financiera, etc.).

Si se realiza un cambio en la cuenta, se tardará al menos tres semanas en procesarlo. Si cambia de entidad financiera, deberá conservar las cuentas en ambas entidades financieras, la anterior y la nueva, hasta que la nueva entidad financiera reciba su primer pago mediante Depósito directo. Si no conserva la cuenta de la primera entidad financiera, es posible que su pago se demore hasta que la nueva autorización de Depósito directo entre en vigencia.

### VERIFICACIÓN PERIÓDICA

NYSIF puede comunicarse con usted periódicamente para asegurarse de que la persona adecuada esté recibiendo los pagos y para verificar si esa persona sigue autorizada para recibir pagos. Si el beneficiario ha fallecido, se debe notificar a NYSIF inmediatamente.



**SOLICITUD DE NEW YORK STATE INSURANCE FUND AUTORIZACIÓN DE DEPÓSITO DIRECTO**  
PARA RECIBIR EL DEPÓSITO DIRECTO DE BENEFICIOS, LEA LA SECCIÓN I DE ESTE FORMULARIO Y, LUEGO,  
BRINDE LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN LA SECCIÓN II. LLAME AL 1-888-875-5790 SI TIENE PREGUNTAS  
SOBRE ESTE FORMULARIO.

**SECCIÓN II**

**NOMBRE** (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE): \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE RECLAMACIÓN DE NYSIF:** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO DE RESIDENCIA** (NO USE APARTADO DE CORREOS): \_\_\_\_\_

**CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_ **CÓDIGO POSTAL:** \_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO (DÍA):** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO (NOCHE):** \_\_\_\_\_

**ELECCIÓN DE LA CUENTA PARA DEPÓSITO DIRECTO** (ELIJA SOLO UNA OPCIÓN):

**CUENTA CORRIENTE**     **CUENTA DE AHORRO**

(COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN, INCLUIDOS EL NÚMERO DE CUENTA Y EL NÚMERO DE RUTA BANCARIA.  
COMUNÍQUESE CON SU ENTIDAD FINANCIERA SI NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR ESTA SECCIÓN).

**NOMBRE DE LA ENTIDAD FINANCIERA:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE RUTA** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE CUENTA** \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL DEPOSITANTE/BENEFICIARIO**

CERTIFICO QUE ESTOY AUTORIZADO PARA RECIBIR LOS PAGOS COMPENSATORIOS SUBYACENTES O LAS SUMAS DE LAS LIQUIDACIONES Y QUE LAS CIRCUNSTANCIAS QUE ME AUTORIZAN A RECIBIR ESTOS BENEFICIOS NO SE MODIFICARON. AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, AUTORIZO A QUE LOS PAGOS DE NEW YORK STATE INSURANCE FUND SE ENVÍEN A LA ENTIDAD FINANCIERA MENCIONADA ANTERIORMENTE PARA SER DEPOSITADOS EN LA CUENTA DESIGNADA EN LA ENTIDAD FINANCIERA MENCIONADA. AUTORIZO A NEW YORK STATE INSURANCE FUND A DEBITAR DINERO DE LA CUENTA A FIN DE RECUPERAR EL CRÉDITO DEPOSITADO POR ERROR MEDIANTE CUALQUIER MEDIO LEGAL. ENTIENDO QUE ESTE PERMISO NO AUTORIZA A NEW YORK STATE INSURANCE FUND A RECUPERAR PRESUNTOS PAGOS EN EXCESO DE LOS BENEFICIOS RECIBIDOS O ESTABLECIDOS. EN EL CASO DE QUE SE HAYAN MODIFICADO LAS CIRCUNSTANCIAS QUE ME AUTORIZAN A RECIBIR LOS PAGOS, DEBO INFORMÁRSELO A NYSIF.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**ENVÍE LA SOLICITUD COMPLETA A:**  
**DOCUMENT CONTROL CENTER**  
**NEW YORK STATE INSURANCE FUND**  
**1 WATERVLIET AVENUE EXT.**  
**ALBANY, NY 12206-1649**