



Informe su lesión completando las tres secciones de este formulario

- 1** Complete tanto como sea posible de las tres secciones de este formulario para minimizar el tiempo que necesita para determinar el tipo de reclamo. Si la persona que completa este formulario es el empleado lesionado durante la primera visita a un proveedor de servicios médicos, el empleado lesionado debe proporcionarle a dicho proveedor el Informe inicial de lesión (*First Report of Injury* o *FROI*) para completar la sección sobre la información del tratamiento. Luego, el proveedor podrá presentar el FROI a la organización de atención administrada (*managed care organization* o *MCO*).
- 2** Envíele a su empleador o al empleador de la organización de atención administrada (MCO) el documento completo a través de correo postal o fax.
- 3** Si desconoce la MCO de su empleador, comuníquese con la Agencia de Indemnización de los Trabajadores (Bureau of Workers' Compensation o BWC) al **1-800-OHIOBWC** y siga las indicaciones, o use la MCO del sitio web de la BWC, **www.ohiobwc.com**.
- 4** Si no es capaz de determinar su MCO, envíe este formulario por correo o fax a la oficina de servicio al cliente de BWC más cercana a su hogar.. Para obtener información sobre la una oficina de servicio al cliente local, visite **www.ohiobwc.com**, o llame al **1-800-OHIOBWC**.

Empleados lesionados que trabajan para un empleador con autoseguro

- Complete este formulario y entrégueselo a su empleador.
- Su empleador debe poder informarle si es un empleador con autoseguro.
- Si su empleador cuenta con autoseguro y usted presenta esta información ante la BWC, se pueden producir retrasos en el procesamiento.

En caso de necesitar ayuda para completar este formulario, llame a la oficina de servicio al cliente de la BWC de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Cambridge

61501 Southgate Road
Cambridge, OH 43725-9114
Teléfono: 740-435-4200
Fax: 866-281-9351

Dayton

3401 Park Center Drive, Suite 100
Dayton, OH 45414-2577
Teléfono: 937-264-5000
Fax: 866-281-9356

Mansfield

240 Tappan Drive, N., Suite A
Ontario, OH 44906-1366
Teléfono: 419-747-4090
Fax: 866-336-8350

Canton

339 E. Maple St., Suite 200
North Canton, OH 44720-2593
Teléfono: 330-438-0638
Número gratuito: 800-713-0991
Fax: 866-281-9352

Garfield Heights

4800 E. 131 St., Suite A
Garfield Heights, OH 44105-7132
Teléfono: 216-584-0100
Número gratuito: 800-224-6446
Fax: 866-457-0590

Portsmouth

1005 Fourth St.
Portsmouth, OH 45662-4315
Teléfono: 740-353-2187
Fax: 866-336-8353

Cleveland

615 Superior Ave. W.
Cleveland, OH 44113-1889
Teléfono: 216-787-3050
Número gratuito: 800-821-7075
Fax: 866-336-8345

Governor's Hill

8650 Governor's Hill Drive
Cincinnati, OH 45249-1369
Teléfono: 513-583-4400
Fax: 866-281-9357

Toledo

P.O. Box 794
1 Government Center, Suite 1136
Toledo, OH 43697-0794
Teléfono: 419-245-2700
Fax: 866-457-0594

Columbus

30 W. Spring St.
Columbus, OH 43215-2256
Teléfono: 614-728-5416
Fax: 866-336-8352

Lima

2025 E. Fourth St.
Lima, OH 45804-4101
Teléfono: 419-227-3127
Número gratuito: 888-419-3127
Fax: 866-336-8346

Youngstown

242 Federal Plaza, W., Suite 200
Youngstown, OH 44503-1206
Teléfono: 330-797-5500
Número gratuito: 800-551-6446
Fax: 866-457-0596

Instrucciones para completar

(continuación)

Información sobre el empleado y la lesión/la enfermedad/el fallecimiento

Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre			N.º de seguro social		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		Fecha de nacimiento	
Dirección postal residencial 1				Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Número de dependientes		
Ciudad		Estado	Cód. postal de 9 dígitos		País, si es diferente a EE. UU.		Nombre del departamento 2	
Tasa salarial \$ _____ Por: 3		<input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Semana		¿Qué días de la semana trabaja por lo general? <input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Mié <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Sáb		Horario de trabajo habitual De ____ a ____ 4	
¿Le han ofrecido o espera recibir el pago o el salario por este reclamo de cualquier fuente que no sea la Agencia de Indemnización de los Trabajadores de Ohio? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. En caso afirmativo, explíquelo. 5					Ocupación o nombre del trabajo 6			
Nombre del empleador 7								
Dirección postal (número y calle de la ciudad o pueblo, estado, código postal y condado)								
Ubicación, si es diferente a la dirección postal								
¿El lugar en que ocurrió el accidente o la exposición fue en las instalaciones del empleador? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso negativo, proporcione el lugar del accidente, la dirección, la ciudad, el estado y el código postal.								
Fecha de la lesión/la enfermedad 8		Hora de la lesión <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.		En caso de un accidente fatal, proporcione la fecha de fallecimiento		Hora en que el empleado comenzó a trabajar <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.		Última fecha en que trabajó 9
Fecha de reincorporación al trabajo 10		Fecha en que se reincorporó al trabajo		Estado en que se lo supervisó 13				
Fecha de contratación		Estado en que se lo contrató 11		Fecha en que se notificó al empleador 12		Estado en que se lo supervisó 13		
Descripción del accidente (Describa la secuencia de sucesos que directamente provocaron la lesión o la enfermedad o el fallecimiento del empleado) 14					Tipo de lesión/enfermedad y parte(s) del cuerpo afectada(s) (por ej., esguince en la parte baja izquierda de la espalda, etc.) 15			
<p>Divulgación de la información sobre la solicitud de los beneficios – Presento un reclamo de conformidad con la Ley ante la Agencia de Indemnización de los Trabajadores de Ohio (<i>Ohio Bureau of Workers' Compensation Act</i>) por lesiones relacionadas con el trabajo que yo no me autoinfligí. Afirmo que elijo recibir la indemnización y los beneficios de conformidad con la Ley de indemnización de los Trabajadores de Ohio respecto de mi reclamo y renuncio a mi derecho a solicitar y recibir la indemnización y los beneficios de acuerdo con las leyes de cualquier otro estado para este reclamo. Solicito el pago de la indemnización y/o los beneficios médicos según sea aceptable y autorizo que se efectúe el pago directo a mis proveedores médicos. Doy mi permiso y autorizo a cualquier proveedor que me proporciona atención, tratamientos o que me realiza exámenes, a la Junta de Farmacia de Ohio (Ohio State Board of Pharmacy), al Departamento de Trabajo y Servicios Familia de Ohio (Ohio Department of Job and Family Services) y a la Comisión de Servicios de Rehabilitación de Ohio (Ohio Rehabilitation Services Commission) a divulgar información médica, psicológica, psiquiátrica, farmacéutica, profesional y social. Comprendo que esto puede incluir información de identificación personal que casualmente o históricamente está relacionada con mis lesiones físicas o mentales y que son relevantes para las cuestiones necesarias para la gestión de mi reclamo ante la BWC, la Comisión Industrial de Ohio (Industrial Commission of Ohio), el empleador que figura en este reclamo, la organización de atención administrada del empleador y los representantes autorizados. Mis anteriores o futuras demandas BWC pueden afectar las decisiones tomadas para este reclamo. La correcta administración del presente reclamo puede requerir que la BWC comparta información sobre los reclamos con los empleadores que aquí constan (o sus representantes autorizados) y/o mi representante autorizado para todos y cada uno de los reclamos anteriores o futuros. La información divulgada sobre los reclamos probablemente incluya cualquier registro que se conserve entre mis archivos de reclamos.</p>								
Firma del empleado lesionado 16		Fecha		Dirección de correo electrónico		Número de teléfono ()		Número de teléfono del trabajo ()

Información sobre el empleado y la lesión/la enfermedad/el fallecimiento

- 1** Dirección de residencia: Ingrese la dirección de residencia donde vive el empleado lesionado. Incluya el número de apartamento, si corresponde.
 - Si la oficina de correos no reparte el correo a la dirección de residencia, coloque la dirección donde recibe el correo en lugar de la dirección de residencia.
- 2** Nombre del departamento: Ingrese el nombre del departamento o área donde el empleado lesionado normalmente se presenta a trabajar.
- 3** Tasa salarial: Ingrese la tasa de remuneración del empleado lesionado y, a continuación, seleccione la frecuencia con la que la recibe. (Si la tasa de remuneración que se informa no es por hora, informe el importe bruto.)
 - Si se estima que perderá ocho o más días de trabajo, la BWC necesita la información sobre el salario de las 52 semanas previas a la fecha de la lesión. Envíe la información sobre el salario mediante informes de nómina del empleador, la declaración de salarios (Formulario C-94-A de la BWC), formulario W-2, etc.
- 4** ¿Qué días de la semana trabaja por lo general? ¿Cuáles son sus horarios habituales de trabajo?: Ingrese los días y horas en que trabaja el empleado lesionado.
 - Si los días trabajados varían de semana a semana, anote las horas que trabaja en una semana promedio.
- 5** Salarios: Si ha recibido salarios durante una incapacidad, explíquelo.
- 6** Ocupación o nombre del trabajo: Ingrese el tipo de ocupación o puesto de trabajo real del empleado lesionado al momento de ocurrir la lesión, la enfermedad ocupacional o el fallecimiento.
- 7** Nombre del empleador: Ingrese el nombre del empleador del empleado lesionado al momento de ocurrir la lesión, la enfermedad ocupacional o el fallecimiento.
- 8** Fecha de la lesión/la enfermedad: Ingrese la fecha en que el empleado resultó lesionado. O BIEN Si el empleado lesionado contrajo una enfermedad ocupacional, determine qué, de lo que se menciona a continuación, ocurrió más recientemente:
 - La enfermedad ocupacional fue diagnosticada por un proveedor médico;
 - Le realizaron el primer tratamiento médico;
 - El empleado lesionado primero abandonó el trabajo debido a la enfermedad ocupacional.

Introduzca esta como fecha en que contrajo la enfermedad ocupacional.
- 9** Última fecha en que trabajó: Ingrese el último día trabajado como resultado de dicha lesión, enfermedad ocupacional o fallecimiento.
- 10** Fecha en que se reincorporó al trabajo: Ingrese la fecha en que el empleado lesionado regresó al trabajo con posterioridad a la lesión o enfermedad ocupacional.
- 11** Estado en que se lo contrató: Ingrese el estado en el que el empleado lesionado fue contratado por el empleador que se menciona en esta solicitud.
- 12** Fecha en que se notificó al empleador: Ingrese la fecha en que se notificó al empleador respecto de la lesión, la enfermedad ocupacional o el fallecimiento.
- 13** Estado en que se lo supervisó: Ingrese el estado en el que el empleado lesionado fue supervisado por el empleador que se menciona en esta solicitud.
- 14** Descripción del accidente: Describa en detalle los sucesos que provocaron la lesión, la enfermedad ocupacional o el fallecimiento. Agregue más hojas si fuera necesario.
- 15** Tipo de lesión/enfermedad y parte(s) del cuerpo afectada(s): Describa la naturaleza de la lesión, la enfermedad ocupacional o el fallecimiento. Indique qué parte(s) del cuerpo sufrieron la lesión o se vieron afectadas o fueron la causa del fallecimiento.

Ejemplos:

 - Laceración del primer dedo del pie, el pie izquierdo;
 - Esguince en la parte baja izquierda de la espalda.
- 16** Firma del empleado lesionado (solo para empleados lesionados): Lea la información sobre la Solicitud de los beneficios/la divulgación de la información médica antes de firmar y fechar este formulario.

Instrucciones continúan en la última página



Al firmar este documento:

- Elijo recibir solo la indemnización y/o los beneficios que se proporcionan para el presente reclamo, de conformidad con las leyes de indemnización de los trabajadores de Ohio;
• Renuncio y cedo mi derecho a recibir la indemnización y los beneficios de conformidad con las leyes de indemnización de los trabajadores de otro estado por causa de una lesión o enfermedad ocupacional o el fallecimiento como consecuencia de una lesión o una enfermedad ocupacional por la que presento este reclamo;
• Estoy de acuerdo en que no presenté ni presentaré un reclamo en otro estado por la lesión o enfermedad ocupacional o el fallecimiento como consecuencia de una lesión o enfermedad ocupacional por la que presento este reclamo;
• Confirmando que no he recibido ninguna indemnización y/o beneficios de conformidad con las leyes de indemnización de los trabajadores de otro estado por este reclamo, y que notificaré la BWC de manera inmediata luego de recibir cualquier tipo de indemnización o beneficios de parte de cualquier fuente por este reclamo.

ADVERTENCIA:

Toda persona que obtenga una indemnización de parte de la BWC o de empleadores con autoseguro mediante la tergiversación o el ocultamiento de los hechos, declaraciones falsas o la aceptación de una indemnización a la que no tiene derecho, queda sujeto a un proceso penal por el delito de fraude. (Cód. Reglamentario 2913.48)

Información sobre el empleo y la lesión/la enfermedad/el fallecimiento

Formulario section 1: Personal information, employer details, accident description, and employee information. Includes fields for name, address, social security, salary, and accident details.

Información sobre el tratamiento

Formulario section 2: Medical treatment information. Includes fields for provider name, address, diagnosis, and dates of treatment.

Información sobre el empleador

Formulario section 3: Employer information and certification. Includes fields for employer name, address, insurance status, and certification/rejection options.

Instrucciones para completar

(continuación)

Información sobre el tratamiento	Nombre del proveedor de atención médica	Número de teléfono () ()	Número de fax () ()	Fecha del tratamiento inicial
	Dirección	Ciudad		Estado Cód. postal de 9 dígitos
	Diagnóstico(s): Incluya el(los) código(s) de la Clasificación internacional de enfermedades (ICD, en inglés)			
	1			
	¿El incidente hará que el empleado lesionado pierda ocho o más días de trabajo?		2 ¿La lesión está causalmente relacionada con un incidente industrial?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
3 Código E		4 Número de 11 dígitos del proveedor de la BWC Fecha		
5 Firma del proveedor de atención médica				

Información sobre el tratamiento

- 1 Indique el diagnóstico y los códigos ICD para las afecciones tratadas como consecuencia de la lesión.
- 2 Indique la opinión médica del proveedor tratante acerca de que la lesión sufrida está causalmente relacionada con el incidente industrial, que la lesión podría ser el resultado del método (la forma) del accidente, según lo descrito por el empleado lesionado. Debe quedar claro que el diagnóstico con se produjo con total probabilidad como resultado de la lesión.
- 3 Proporcionar un código E válido nos permitirá determinar el tipo de reclamo de manera más rápida y eficiente.
- 4 Introduzca el número de 11 dígitos del proveedor asignado por la BWC o del proveedor de atención de médica.
- 5 Firma del proveedor de atención médica que completa este formulario.

Información sobre el empleador	1 Número de póliza del empleador		<input type="checkbox"/> El empleador cuenta con autoseguro <input type="checkbox"/> Empleado lesionado es propietario/socio/miembro de la empresa		
	Número de teléfono () ()	Número de fax () ()	Dirección de correo electrónico	2 Número de identificación federal Número de manual	
	¿El empleado recibió tratamiento en la sala de emergencias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿El empleado fue hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Si se le proporcionó tratamiento fuera del lugar de trabajo, proporcione el nombre de la institución, la dirección, la ciudad, el estado y el código postal				
	3 <input type="checkbox"/> Certificación - El empleador certifica que los hechos en esta solicitud son correctos y válidos.		4 <input type="checkbox"/> Rechazo - El empleador rechaza la validez de este reclamo por la(s) razón(es) que se mencionan a continuación.		5 <input type="checkbox"/> Aclaración - El empleador aclara y autoriza el reclamo por la(s) siguiente(s) condición(es):
	Firma y título del empleador		Fecha	6 Número de caso de la OSHA	

Información sobre el empleador

- 1 Ingrese el número de póliza del empleador asignado por la BWC, que se encuentra en el certificado de cobertura de la BWC.
- 2 Ingrese el código de cuatro dígitos que indica la clasificación de trabajo del empleado lesionado, que se encuentra en el informe de nómina semestral.
 - Si no conoce el número de manual del empleado lesionado, llame al **1-800-OHIOBWC** y siga las instrucciones.
- 3 Si selecciona la certificación y se autoriza el reclamo, se le pagará de manera rápida. Los empleadores que certifiquen un reclamo renuncian tanto al aviso de recepción como al aviso de primera orden de indemnización.
- 4 Si selecciona el rechazo, utilice el espacio proporcionado para enumerar los motivos de dicho rechazo. Agregue más hojas si fuera necesario.
- 5 Los empleadores con autoseguro que elijan aclarar la certificación pueden usar el espacio proporcionado. Agregue más hojas si fuera necesario.
- 6 Si se trata de una lesión que se debe informar según la OSHA, incluya el número de caso asignado por el empleador. Este formulario cumple los requisitos de la norma OSHA 301 y se puede utilizar en lugar de la norma OSHA 301, al informar las lesiones y enfermedades que se pueden registrar ante el gobierno federal.

Nota:

- Si su empleado estima que perderá ocho o más días de trabajo, la BWC necesita la información sobre el salario de las 52 semanas previas a la fecha de la lesión. Envíe la información sobre el salario mediante informes de nómina del empleador, la declaración de salarios (Formulario C-94-A de la BWC), formulario W-2, etc.