

UN FOLLETO PARA EL NUEVO EMPLEADO

Este folleto, o uno similar que ha sido aprobado por el Director Administrativo, debe ser entregado a todos los empleados recién contratados en el estado de California. Los empleadores y administradores de reclamos pueden utilizar el contenido de este documento e incluir sus logos e información adicional en él. El contenido de este folleto se aplica a todas las lesiones laborales que ocurren durante o después del 1 de enero 2013.

¿QUÉ ES LA COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES?

Si usted se lesiona en el trabajo, su empleador está obligado por ley a pagarle los beneficios de compensación de trabajadores. Usted podría lesionarse por:

Un incidente en el trabajo. Ejemplos: lastimarse la espalda al caerse, quemarse con un producto químico que le salpique la piel, lesionarse en un accidente de tránsito mientras hace entregas.

— o —

Exposiciones repetidas en el trabajo. Ejemplos: lastimarse la muñeca por hacer movimientos repetitivos, perder la audición debido a la presencia de ruidos fuertes y constantes.

— o —

Crimen en el lugar de trabajo. Ejemplos: se lesiona en un robo de una tienda, físicamente atacado por un cliente disgustado.

La discriminación es ilegal

Es ilegal bajo el Código Laboral 132a que su empleador lo castigue o despidas porque usted:

- Presenta un reclamo de compensación de trabajadores
- Tiene la intención de presentar un reclamo de compensación de trabajadores
- Finaliza un reclamo de compensación de trabajadores
- Testifica o tiene la intención de testificar para otro trabajador lesionado.

Si se determina que su empleador discriminó contra usted, él o ella pueden ser ordenados a regresarlo a su trabajo. Su empleador también puede ser obligado a pagar por salarios perdidos, aumentos en beneficios de compensación de trabajadores además de costos y gastos establecidos por la ley estatal.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS?

- **Atención médica:** Pagada por su empleador para ayudarle a recuperarse de una lesión o enfermedad causada por el trabajo. Consultas al médico, servicios de hospital, terapia física, exámenes de laboratorio y rayos X son algunos servicios médicos que pueden ser proporcionados. Estos servicios deben ser necesarios para tratar su lesión. Hay límites en algunos servicios como terapia física y ocupacional y cuidado quiropráctico.
- **Beneficios por incapacidad temporal:** Pagos que usted recibe por los salarios perdidos si su lesión le impide hacer su trabajo usual mientras se recupera. El monto que puede recibir es hasta dos tercios de su salario. Hay límites de pagos mínimos y máximos establecidos por la ley estatal. Le pagarán cada dos semanas si es elegible. Para la mayoría de las lesiones, los pagos no pueden exceder más de 104 semanas dentro de cinco años después de su lesión. La Incapacidad Temporal (Temporary Disability- TD) termina cuando usted regresa a trabajar o cuando su médico le permite regresar a trabajar o indica que su lesión ha mejorado tanto como sea posible.
- **Beneficios por incapacidad permanente:** Pagos si no se recupera completamente. Le pagarán cada dos semanas si cumple las condiciones exigidas. Hay tasas de pago semanales mínimas y máximas establecidas por la ley estatal. El monto de pago está basada en:
 - Los informes médicos de su doctor
 - Su edad
 - Su ocupación

- **Beneficios suplementarios por la pérdida de trabajo:** Este es un vale de hasta \$6,000 que usted puede utilizar para pagar por entrenamiento/capacitación o mejoramiento de habilidades en una escuela aprobada por el estado, libros, herramientas, honorarios de certificación o licenciatura u otros recursos para ayudarle a encontrar un nuevo trabajo. Usted tiene derecho a este vale si:
 - Tiene una incapacidad permanente
 - Su empleador no le ofrece trabajo regular, modificado o alternativo dentro de 60 días después de que el administrador de reclamos recibe un informe médico indicando que ha llegado a una máxima recuperación médica.
- **Beneficios por Defunción:** Pagos a su cónyuge, hijos u otros dependientes si usted muere debido a una lesión o enfermedad de trabajo. El monto del pago está basado en el número de dependientes. El beneficio se paga cada dos semanas en un monto de al menos \$224 por semana. Adicionalmente, el seguro de compensación de trabajadores proporciona un subsidio para el entierro.

OTROS BENEFICIOS

Usted puede presentar un reclamo con el Departamento del Desarrollo de Empleo (Employment Development Department- EDD) para obtener beneficios de incapacidad estatal cuando se demoran, niegan o terminan los beneficios del programa de compensación de trabajadores. Hay plazos específicos así que para más información comuníquese con la oficina local del EDD o vaya a su sitio web en www.edd.ca.gov.

Si su lesión resulta en una incapacidad permanente y el estado determina que su beneficio de PD es desproporcionadamente bajo comparado a su pérdida de ingresos, usted puede calificar para dinero adicional del programa de Pérdida de Ingresos Especiales Suplementarios del Departamento de Relaciones Industriales (Department of Industrial Relations- DIR) también conocido como el Programa del Regreso al Trabajo. Si tiene preguntas o piensa que califica, comuníquese con la Unidad de Información y Asistencia yendo a www.dwc.ca.gov y busque el enlace "Information & Assistance Unit" bajo la sección Workers' compensation programs & units" o visite la página web del DIR en www.dir.ca.gov

El fraude de compensación de trabajadores es un crimen

Cualquier persona que hace o causa que se haga una declaración intencionadamente falsa para obtener o negar beneficios o pagos de compensación de trabajadores es culpable de un crimen grave. Si condenado, la persona tendrá que pagar multas de hasta \$150,000 y/o cumplir hasta cinco años de cárcel.

¿QUÉ DEBO HACER SI ME LESIONO EN EL TRABAJO?

Informe a su empleador sobre la lesión que ha sufrido

Infórmele inmediatamente a su supervisor sin importar que tan leve sea la lesión. No se demore – hay plazos específicos. Usted puede perder su derecho a beneficios si su empleador no se entera de su lesión dentro de 30 días. Si su lesión o enfermedad se desarrolló gradualmente, infórmelo tan pronto como se entere que fue causada por su trabajo.

Si usted no puede informarle al empleador o no tiene noticias del administrador de reclamos después de haber reportado su lesión, comuníquese con el administrador de reclamos.

La compañía de seguro de compensación de trabajadores, o si el empleador está auto asegurado, la persona responsable por la administración del reclamo es:

Sedgwick, CMS

Dirección: _____ P.O. Box 14533, Lexington, KY 401512-4533

Número de teléfono: _____ 1-877-682-7778

Quizás pueda encontrar el nombre de la compañía del seguro de compensación de trabajadores en www.caworkcompcoverage.com Si no hay cobertura o si la cobertura ha expirado, comuníquese con la División para el Cumplimiento de las Normas Laborales en www.dir.ca.gov/DLSE ya que por ley, todos los empleados deben ser cubiertos.

Obtenga tratamiento de emergencia si es necesario

Si es una emergencia médica, vaya a una sala de emergencia inmediatamente. Dígale al proveedor médico que le atiende que su lesión se relaciona a su trabajo. Su empleador puede decirle adónde ir para continuar con su tratamiento.

Número de teléfono de emergencia: Llame al 911 para una ambulancia, el departamento de bomberos o la policía. Para atención médica no urgente, contacte a su empleador, administrador de reclamos de compensación de trabajadores o diríjase a esta instalación:

Kaiser On-the-Job

Medical Office Building 1
4th Floor, Room 408
10800 Magnolia Avenue, Riverside, CA 92505
(951)353-4322
Hours: Mon-Fri: 8:30 a.m. to 5 p.m.

After Hours Urgent Care:
10800 Magnolia Avenue, Riverside, CA 92505
(951)353-4322
Hours: 8:30 a.m.-10 p.m., 7 days/week

Parkview Occupational Medicine

9041 Magnolia Avenue, Suite 107, Riverside, CA 92503
Phone: (951)353-1021
Hours: Weekdays: 8 a.m. to 9 p.m.; Weekends: 9 a.m. to 6 p.m.
After hours call (951)351-7726

Central Occupational Medicine Providers (COMP)
4300 Central Avenue, Riverside, CA 92506
Phone: (951)222-2206
Hours: 24 hours a day, 7 days a week.
Transportation can be requested by calling this facility in advance.

IN CASE OF EMERGENCY OF LIFE THREATENING INJURIES:

Riverside Community Hospital
4445 Magnolia Avenue, Riverside, CA 92507
Phone: (951)788-3000
Hours: 24-hour Emergency Care
(Follow up treatment should be obtained at Kaiser On-the-Job or Parkview Occupational Medicine or Central Occupational Medicine Providers (COMP).

Llene el formulario de reclamo DWC 1 y entrégueselo a su empleador

Su empleador debe entregarle un Formulario de reclamo DWC 1 dentro de un día laborable después de enterarse de su lesión o enfermedad. Complete la sección del empleado, fírmelo y regréselo a su empleador. Su empleador entonces presentará su reclamo al administrador de reclamos. Su empleador debe autorizar tratamiento dentro de un día laborable después de recibir el formulario DWC 1.

Si la lesión se debe a exposiciones repetidas, usted tiene un año desde cuando sabe que su lesión se relaciona a su trabajo para presentar un reclamo.

En cualquier caso, puede recibir hasta \$10,000 en atención médica pagada por su empleador hasta que se acepte o niegue su reclamo. El administrador de reclamos tiene hasta 90 días para decidir si acepta o niega su reclamo. Si no, su caso se considera pagable.

Su empleador o administrador de reclamos le enviará “avisos de beneficios” que le informarán sobre el estado de su reclamo.

MÁS ACERCA DE ATENCIÓN MÉDICA

¿Qué es un médico de cabecera que lo atiende (Primary Treating Physician- PTP)?

Es el médico con la responsabilidad total sobre el tratamiento para su lesión o enfermedad. Él o ella pueden ser:

- El médico que usted denomina por escrito *antes* de lesionarse en el trabajo
- Un médico de la red de proveedores médicos (*Medical Provider Network- MPN*)
- El médico escogido por su empleador durante los primeros 30 días después de su lesión si su empleador no tiene una *MPN* o
- El médico que usted escogió después de los primeros 30 días después de su lesión si su empleador no tiene una *MPN*.

¿Qué es una red de proveedores médicos (Medical Provider Network- MPN)?

Una MPN es un grupo selecto de proveedores de atención médica que atienden a los trabajadores lesionados. Consulte con su empleador para ver si están usando una MPN.

Si usted no ha denominado a un médico antes de lesionarse y su empleador está usando una MPN, usted verá a un médico de la MPN. Después de su primera consulta, está libre para escoger otro médico de la lista de la MPN.

¿Qué es la designación previa?

La designación previa es cuando usted denomina a su médico personal para atenderlo si se lastima en el trabajo. El médico debe ser un doctor en medicina (M.D.), doctor en medicina osteopática (D.O.) o un grupo médico con un M.D. o D.O. Debe denominar a su médico por escrito antes de que usted se lastime o enferme.

Usted puede designar de antemano a un médico si tiene plan de seguro médico para enfermedades y lesiones no laborales. El médico debe de:

- Haberlo atendido a usted antes
- Haber mantenido su expediente/historial médico antes de su lesión y
- Haber aceptado atenderlo por una lesión o enfermedad laboral antes de que usted se lastima o enferma.

Usted puede usar el formulario “Designación previa de médico personal” incluido con este folleto para denominar a su médico. Después de llenar el formulario, asegúrese de entregárselo a su empleador.

Si su empleador no tiene una MPN aprobada, usted puede denominar a su quiropráctico o acupunturista para atenderlo por sus lesiones laborales. El aviso de quiropráctico o acupunturista personal debe ser por escrito antes de lastimarse. Puede utilizar el formulario incluido en este folleto. Después de llenar el formulario, asegúrese de entregárselo a su empleador.

Con algunas excepciones, la ley estatal no permite que un quiropráctico siga siendo su médico que lo atiende después de 24 consultas. Una vez que haya recibido 24 consultas quiroprácticas, si aún necesita tratamiento médico, usted tendrá que escoger un nuevo médico que no sea quiropráctico. El término “consulta quiropráctica” significa cualquier consulta en un consultorio quiropráctica, sin importar si los servicios cumplidos conllevan manipulación quiropráctica o se limitan a evaluación y manejo.

Las excepciones a la prohibición a que un quiropráctico siga siendo su médico que lo atiende después de 24 consultas incluyen consultas por medicina física pos-quirúrgica prescrita por el cirujano o médico designado por el cirujano, bajo el componente pos-quirúrgico del Catálogo de Utilización de Tratamientos Médicos o MTUS de la División de Compensación de Trabajadores, o si su empleador ha autorizado consultas adicionales por escrito.

¿QUÉ PASA SI HAY ALGÚN PROBLEMA?

Si tiene alguna inquietud, diga algo. Hable con su empleador o con el administrador de reclamos encargado de su reclamo para tratar de resolver el problema. Si esto no funciona, consiga ayuda intentando lo siguiente:

Comuníquese con la Unidad de Información y Asistencia (*Information & Assistance- I&A*) de la División de Compensación de Trabajadores (*Division of Workers' Compensation- DWC*)

Todas las 24 oficinas de la *DWC* a lo largo del estado proporcionan información y asistencia sobre derechos, beneficios y obligaciones de acuerdo a las leyes de compensación de trabajadores en California. Los oficiales de *I&A* ayudan a resolver disputas sin entablar juicio. Su meta es de conseguirle beneficios completos y a tiempo. Sus servicios son gratis.

Para comunicarse con la Unidad de *I&A* más cercana, vaya a www.dwc.ca.gov y bajo la sección "*Workers' compensation programs and units.*" haga clic en el enlace "*Information & Assistance Unit.*" En este sitio encontrará hojas de información, guías e información para ayudarle.

La unidad de *I&A* más cercana está ubicada en:

Dirección: _____ 3737 Main Street, Room 300, Riverside, CA 92501 _____

Número de teléfono: _____ 1-800-736-7401 _____

Consulte con un abogado

La mayoría de los abogados ofrecen una consulta gratis. Si decide retener a un abogado, sus honorarios pueden ser restados de algunos de sus beneficios. Para nombres de abogados de compensación de trabajadores, llame al Colegio de Abogados (*State Bar Association*) de California al (415) 538-2120 o vaya a la página web en www.californiaspecialist.org. Puede conseguir una lista de abogados de su Unidad de *I&A* local o consulte las páginas amarillas.

Advertencia

Puede ser que su empleador no pague beneficios de compensación de trabajadores si usted se lastima en una actividad voluntaria recreativa, social o atlética fuera de su trabajo que no sea parte de sus deberes laborales.

Derechos adicionales

Usted también puede tener otros derechos bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (*Americans with Disabilities Act- ADA*) o la Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda (*Fair Employment and Housing Act- FEHA*). Para información adicional, comuníquese con FEHA al (800) 884-1684 o la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (*Equal Employment Opportunity Commission- EEOC*) al (800) 669-3362.

La información contenida en este folleto se conforma a los requisitos de información encontrados en las secciones 3551 y 3553 del Código Laboral y las secciones 9880 y 9883 del Título 8, Código de Regulaciones de California. Este documento está aprobado por el director administrativo de la División de Compensación de Trabajadores.

Revisado 06/17/14 y efectivo para fecha de lesiones durante o después del 1/1/13.

DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PERSONAL

En caso de que usted sufre una lesión o enfermedad relacionada a su empleo, usted puede recibir tratamiento médico por esa lesión o enfermedad de su médico personal(M.D.), médico osteópata (D.O.) o grupo médico si:

- En la fecha de su lesión usted tiene cobertura de atención médica para lesiones o enfermedades no laborales;
- el médico es su médico regular, que será un médico que ha limitado su práctica médica a medicina general o que es un internista certificado o elegible para certificación, pediatra, gineco-obstetra, o médico de medicina familiar y que previamente ha estado a cargo de su tratamiento médico y tiene su expediente médico;
- su "médico personal" puede ser un grupo médico si es una corporación o sociedad o asociación compuesta de doctores certificados en medicina u osteopatía, que opera un grupo médico multidisciplinario integrado que predominantemente proporciona amplios servicios médicos para lesiones y enfermedades no laborales;
- antes de la lesión su médico está de acuerdo a proporcionarle tratamiento médico para su lesión o enfermedad laboral;
- antes de la lesión usted le proporcionó a su empleador por escrito lo siguiente: (1) notificación de que quiere que su médico personal lo trate para una lesión o enfermedad de trabajo y (2) el nombre y dirección comercial de su médico personal.

Puede usar este formulario para notificarle a su empleador si usted desea que su médico personal o médico osteópata lo trate para una lesión o enfermedad de trabajo y que los requisitos mencionados arriba se cumplan.

AVISO DE DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PERSONAL

Empleado: Llene esta sección.

A: _____ (nombre del empleador). Si sufro una lesión o enfermedad de trabajo, yo elijo recibir tratamiento médico de:

(nombre del médico)(M.D., D.O., o grupo médico)

_____ (dirección, ciudad, estado, código postal)

_____ (número de teléfono)

Nombre del Empleado (en letras de molde, por favor):

Dirección del Empleado:

Nombre de Compañía de Seguros, Plan o Fondo proporcionando cobertura médica para lesiones o enfermedades no laborales:

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Médico: Estoy de acuerdo con esta Designación Previa:

Firma: _____ Fecha: _____
(Médico o Empleado designado por el Médico o Grupo Médico)

El médico no está obligado a firmar este formulario, sin embargo, si el médico o empleado designado por el médico o grupo médico no firma, será necesario presentar documentación sobre el consentimiento del médico a ser designado previamente de acuerdo al Código de Reglamentos de California, Título 8, sección 9780.1(a) (3).

AVISO DE QUIROPRÁCTICO PERSONAL O ACUPUNTURISTA PERSONAL

Si su empleador o la compañía de seguros de su empleador no tienen una Red de Proveedores Médicos establecida, es posible que pueda cambiar su médico que lo atiende a su quiropráctico o acupunturista personal después de una lesión o enfermedad laboral. Para tener derecho a hacer este cambio, usted debe entregarle por escrito a su empleador el nombre y la dirección comercial de un quiropráctico o acupunturista personal antes de la lesión o enfermedad. Generalmente, su administrador de reclamos tiene el derecho de elegir al médico que le proporcionará el tratamiento dentro de los primeros 30 días después de que su empleador sabe de su lesión o enfermedad. Después de que su administrador de reclamos haya iniciado su tratamiento con otro médico durante este tiempo, usted puede, bajo petición, transferir su tratamiento a su quiropráctico o acupunturista personal.

AVISO: Si la fecha de su lesión es durante o después del 1 de enero, 2004, un quiropráctico no puede ser su médico que lo atiende después de que haya recibido 24 consultas quiroprácticas a no ser que su empleador ha autorizado consultas adicionales por escrito. El término "consulta quiropráctica" significa cualquier consulta en un consultorio quiropráctica, sin importar si los servicios cumplidos conllevan manipulación quiropráctica o se limitan a evaluación y manejo. Una vez que haya recibido 24 consultas quiroprácticas, si aún necesita tratamiento médico, usted tendrá que escoger un nuevo médico que no sea quiropráctico. Esta prohibición no se aplicará a consultas por medicina física pos-quirúrgica prescrita por el cirujano o médico designado por el cirujano, bajo el componente pos-quirúrgico del Catálogo de Utilización de Tratamientos Médicos o MTUS de la División de Compensación de Trabajadores.

Puede usar este formulario para notificarle a su empleador de su quiropráctico o acupunturista personal.

Información sobre su Quiropráctico o Acupunturista:

(nombre del quiropráctico o acupunturista)

(dirección, ciudad, estado, código postal)

(número de teléfono)

_____ Nombre del Empleado (en letras de molde, por favor):

_____ Dirección del Empleado:

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____