

Oregon Educational Employers Workers' Compensation Trust (OEEWCT)  
 C/O Empire Pacific Risk Management Inc  
 12665 SW 69<sup>th</sup> Ave  
 Tigard, OR 97223  
 Ph (503) 968-6300 Fx (503) 968-6305

## Reporte de Lesión o Enfermedad en el Trabajo (Report of Job Injury or Illness)

Reclamación de compensación para trabajadores  
 (Workers' compensation claim)

### Trabajador (Worker)

Para hacer una reclamación por una lesión o enfermedad ocupacional, llene la parte de esta forma que corresponde al trabajador y entreguela a su empleador. **Si usted no quiere hacer una reclamación de compensación para trabajadores con la aseguradora, no firme en la línea dejada para su firma.** Su empleador le dará una copia. (To make a claim for a work-related injury or illness, fill out the worker portion of this form and give to your employer. **If you do not intend to file a workers' compensation claim with the insurance company, do not sign the signature line.** Your employer will give you a copy.)

Fecha de la lesión o enfermedad (Date of injury or illness):	Fecha que dejó el trabajo (Date you left work):	Hora que empezó a trabajar el día de la lesión (Time you began work on day of injury):	<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	Días que regularmente no trabaja (Regularly scheduled days off) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M T W T F S S	<b>DEPT USE:</b> Emp Ins Occ Nat Part Ev Src 2src
Hora en la que ocurrió la lesión o enfermedad (Time of injury or illness):	Hora que dejó el trabajo (Time you left work):	Marque este casillero si usted tiene más de un trabajo. (Check here if you have more than one job): <input type="checkbox"/>		Departamento/ubicación: _____	
¿Cuál es su lesión o enfermedad? ¿En qué parte del cuerpo? ¿En qué lado? (Ejemplo: torcedura del pie derecho) What is your illness or injury? What part of the body? Which side? (Example: sprained right foot) <input type="checkbox"/> Izquierdo (Left) <input type="checkbox"/> Derecho (Right)					
¿Cuál fue la causa? ¿Qué estaba haciendo? Incluya vehículo, maquinaria o herramienta usada. (Ejemplo: caí diez pies mientras subía una escalera de extensión cargando una caja de materiales que pesaba 40 libras) What caused it? What were you doing? Include vehicle, machinery, or tool used. (Example: fell ten feet when climbing an extension ladder carrying a 40-lb. box of roofing materials) #####					

**Information ABOVE this line; date of death, if death occurred; and OR-OSHA case log number must be released to an authorized worker representative upon request.**

Su nombre legal (Your legal name):	Idioma de preferencia (Language preference):	Fecha de nacimiento (Birthdate):	Sexo (Gender): M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Su dirección postal (Your mailing address):		Teléfono del domicilio (Home phone):	
Número de Seguro Social SSN (Vea la Forma 3283) (See Form 3283): #####	Ocupación (Occupation):	Teléfono del trabajo (Work phone):	

Nombres de testigos (Names of witnesses):	
Nombre y número de teléfono de la compañía aseguradora de salud (Name and phone number of health insurance company):	Nombre y dirección del proveedor médico que le trató de la lesión o enfermedad que usted está ahora reportando (Name and address of health care provider who treated you for the injury or illness you are now reporting):
¿Estuvo hospitalizado como paciente durante la noche? (Were you hospitalized overnight as an inpatient?) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Recibió tratamiento en la sala de emergencia? (Were you treated in the emergency room?) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

**Con mi firma**, estoy presentando una reclamación para beneficios de compensación para trabajadores. La información arriba provista es verdadera en el mejor de mi conocimiento y creencia. Yo autorizo a proveedores médicos y a otros custodios de los récords de mi reclamación para emitir los expedientes médicos pertinentes a la aseguradora de compensación para trabajadores, empleador asegurado por sí mismo, administrador de reclamaciones, y al Departamento para Consumidores y Negocios de Oregon. **Aviso:** Los expedientes médicos pertinentes incluyen registros de tratamiento anterior por las mismas condiciones o lesiones a la misma parte del cuerpo. Una autorización de HIPAA no es requerida (45 CFR 164.512(I)). Para emitir récords sobre el HIV/AIDS (SIDA), ciertos récords de tratamiento de drogadicción o alcoholismo, y otros récords protegidos por la ley estatal o federal se requiere una autorización separada.

(By my signature, I am making a claim for workers' compensation benefits. The above information is true to the best of my knowledge and belief. I authorize health care providers and other custodians of claim records to release relevant medical records to the workers' compensation insurer, self-insured employer, claim administrator, and the Oregon Department of Consumer and Business Services. **Notice:** Relevant medical records include records of prior treatment for the same conditions or of injuries to the same area of the body. A HIPAA authorization is not required (45 CFR 164.512(I)). Release of HIV/AIDS records, certain drug and alcohol treatment records, and other records protected by state and federal law require separate authorization.)

Firma del trabajador (Worker signature):	Completada por (Completed by) Por favor escriba (please print):	Fecha (Date):
--	--	---------------

## Employador (Employer)

Complete the rest of this form and give a copy of the form to the worker. Notify your workers' compensation insurance company within five days of knowledge of the claim. Even if the worker does not wish to file a claim, maintain a copy of this form.

Employer legal business name:		Phone:	FEIN:	
If worker leasing company, list client business name:			Client FEIN:	
Address of principal place of business (not P.O. Box):			Insurance policy no.:	
Street address from which worker is/was supervised:			Nature of business in which worker is/was supervised:	
ZIP:				
Address where event occurred:				
Was injury caused by failure of a machine or product, or by a person other than the injured worker? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Were other workers injured? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			OSHA 300 log case #:	
Date employer knew of claim:	Date worker returned to work:	Worker's weekly wage: \$	Date worker hired:	If fatal, date of death:
Employer signature:		Name and title (please print):		Date:

**OSHA requirements:** On-the-job fatalities and catastrophes must be reported to Oregon OSHA within eight hours. Report any accident that results in overnight hospitalization within 24 hours to Oregon OSHA. Call 800-922-2689, 503-378-3272, or Oregon Emergency Response 800-452-0311, on nights and weekends.

440-801S (1/10 tr 1/10/DCBS/WCD/WEB)

# 801S

## Una Guía para Trabajadores Lesionados Recientemente en el Trabajo

### ¿Cómo presento un reclamación?

- Lo más pronto posible notifique de su lesión o enfermedad en el trabajo a su empleador y a un proveedor médico **de su elección**. Su empleador no puede elegir el proveedor médico para usted.
- Pregunte a su empleador el nombre de su compañía de compensación para trabajadores.
- Complete la **Forma 801, “Reporte de Lesión o Enfermedad en el Trabajo”** la forma puede ser obtenida de su empleador. También llene la **Forma 827, “Reporte del Trabajador y Médico para Reclamación de Compensación para Trabajadores”** esta forma puede ser obtenida de su proveedor médico.

### ¿Cómo obtengo tratamiento médico?

- Usted puede recibir tratamiento médico de un proveedor médico **de su elección**, incluyendo:
  - Enfermeras(os) practicantes autorizadas(os)
  - Quiroprácticos
  - Médicos
  - Naturistas
  - Cirujanos Orales
  - Médicos Osteopáticos
  - Asistentes de doctor
  - Podólogos
  - Otros proveedores médicos
- La compañía de seguros puede inscribirlo en una organización de manejo del cuidado médico a cualquier momento. Si la compañía lo hace, usted recibirá más información acerca de las opciones para tratamiento médico.

### ¿Existen limitaciones en mi tratamiento médico?

- **Los proveedores de cuidado médico pueden tener limitaciones en cuanto a la duración de su tratamiento y en cuanto a la autorización de pago por tiempo fuera del trabajo.** Pregunte a su proveedor médico cuales son las limitaciones que puedan aplicarse.
- **Si su reclamación es negada, es posible que usted tenga que pagar por su tratamiento médico.**

### Si no puedo trabajar, ¿recibiré pagos por salario perdido?

- Es posible que no pueda trabajar debido a su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Para que usted pueda recibir pago por tiempo fuera del trabajo, su proveedor médico debe enviar una autorización escrita a la aseguradora.
- Generalmente, usted no recibirá pagos por tiempo perdido por los tres primeros días calendarios.
- Es posible que reciba pago por los tres primeros días calendarios, si usted pierde de trabajar por 14 días consecutivos, o es hospitalizado durante un día incluyendo la noche.
- Si su reclamación es negada dentro de los primeros 14 días, no se le pagará por ningún salario perdido.
- Mantenga informado a su empleador acerca del estado de la reclamación y coopere con los esfuerzos para que regrese a trabajar en un trabajo modificado o liviano.

### ¿A quién puedo llamar si tengo preguntas acerca de mi reclamación?

- La compañía de seguros o su empleador puede responder a sus preguntas.
- También puede llamar a los siguientes números:

#### **Ombudsman para Trabajadores Lesionados:**

Número gratuito: 1-800-927-1271

E-mail: [oiw.questions@state.or.us](mailto:oiw.questions@state.or.us)

#### **Sección de Cumplimiento de Compensación para Trabajadores:**

##### **Consultores de Beneficios**

Número gratuito: 1-800-452-0288

E-mail: [workcomp.questions@state.or.us](mailto:workcomp.questions@state.or.us)

**Debo proveer mi número de seguro social en las formas 801 y 827? ¿Para que será usado?** Usted no necesita tener un número de seguro social para recibir beneficios de compensación para trabajadores. Si usted tiene número de seguro social y no lo provee, la División de Compensación para Trabajadores (WCD) del Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios lo obtendrá de su empleador, de su aseguradora de compensación para trabajadores, o de otros recursos. WCD puede usar su número de seguro social para intercambio de datos con el Departamento de Empleo, corregir identificación y procesamiento de reclamaciones, cumplimiento, investigación, administración de un programa para trabajadores lesionados, comparación de datos con otras agencias del estado para medir la efectividad de programas de WCD, actividades para prevención de lesiones, y para proveerlo a agencias federales en el programa de Medicare para su uso como está requerido por la ley federal. Las siguientes leyes autorizan a WCD a obtener su número de seguro social: the Privacy Act of 1974, 5 USC § 552a, Section (7)(a)(2)(B); Oregon Revised Statutes chapter 656; and Oregon Administrative Rules chapter 436 (Workers' Compensation Board Administrative Order No. 4-1967).