

### Instrucciones

Para acelerar su reclamo, este formulario se puede completar y enviar en línea, en [www.bwc.ohio.gov](http://www.bwc.ohio.gov).

- Si envía la copia impresa, complete este formulario tanto como sea posible para reducir el tiempo que la Agencia de Indemnización de los Trabajadores (Bureau of Workers Compensation, BWC) necesita para determinar el reclamo.
- Si completa este formulario en su primera visita al proveedor médico, dicho proveedor debe completar la sección sobre la información del tratamiento. Luego, el proveedor puede podrá presentar el Informe inicial de lesión, enfermedad ocupacional o fallecimiento (First Report of an Injury, Occupational Disease or Death, FROI) a la organización de atención administrada (managed care organization, MCO).
- También debe informar esta lesión a su empleador.

### ¿Dónde encuentro la copia impresa del FROI?

**Para trabajadores lesionados cuyo empleador está autoasegurado:** Envíe el formulario a su empleador autoasegurado. Si no está seguro acerca de si su empleador está autoasegurado, pregúnteselo a su empleador.

**Para todos los demás trabajadores lesionados:** Envíe el formulario por fax a 1-866-336-8352 o envíelo a su oficina de servicio al cliente local de la BWC.

### Información del trabajador y la lesión/la enfermedad/ el fallecimiento

Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre		N.º de seguro social	Estado civil	Fecha de nacimiento
Dirección postal residencial		Sexo	<input type="checkbox"/> Soltero	Número de dependientes
Ciudad		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Casado	Nombre del departamento
Estado		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado
Cód. postal de 9 dígitos		<input type="checkbox"/> País, si es dif. a EE. UU.	<input type="checkbox"/> Viudo	
Tasa salarial	Por	¿Qué días de la semana trabaja por lo general?		Horario de trabajo habitual
\$	<input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Mie <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Sab	De _____ a _____	
¿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, explique.				
Nombre del empleador				
Dirección postal (número y calle de la ciudad o pueblo, estado, código postal y condado)				
¿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/enfermedad				
Hora de la lesión/enfermedad				
Fecha de reincorporación al trabajo				
Estado en que se lo contrató				
Fecha en que se notificó al empleador				
Estado en que se lo supervisó				
Descripción del accidente (Describa la secuencia de sucesos que directamente provocaron la lesión o la enfermedad o el fallecimiento del empleado)				
Tipo de lesión/enfermedad y parte(s) del cuerpo afectada(s) (por ej., esguince en la parte baja izquierda de la espalda, etc.)				
<p><b>Divulgación de la información sobre la solicitud de los beneficios</b> – Presento un reclamo de conformidad con la Ley ante la Agencia de Indemnización de los Trabajadores de Ohio (Ohio Bureau of Workers' Compensation Act) por lesiones relacionadas con el trabajo que yo no me autorifí. 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 proporcione atención, tratamientos o que me realice 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, farmacológica, 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	Fecha	Dirección de correo electrónico	Número de teléfono	Número de teléfono del trabajo

- 1** Dirección de residencia: la dirección donde usted vive; incluya el número de departamento, si corresponde.
  - Si la oficina de correos no reparte el correo a la dirección de residencia, mencione la dirección postal donde recibe la correspondencia.
- 2** Nombre del departamento: Ingrese el departamento donde normalmente se presenta a trabajar.
- 3** Tasa salarial: Ingrese la tasa de remuneración 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 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.
- 4** ¿Qué días de la semana trabaja por lo general? ¿Cuáles son sus horarios habituales de trabajo? Ingrese los días y horas en que normalmente trabaja.
  - Si los días trabajados varían de una semana a otra, anote las horas que trabaja en una semana promedio.
- 5** Salarios: Si ha recibido salarios durante una incapacidad, explíquelo.
- 6** Ocupación o cargo: Ingrese el tipo de ocupación o cargo al momento de ocurrir la lesión, la enfermedad ocupacional o el fallecimiento.
- 7** Nombre del empleador: Ingrese el nombre de su empleador al momento de ocurrir la lesión, la enfermedad ocupacional o el fallecimiento.
- 8** Fecha de la lesión/la enfermedad: Ingrese la fecha en que se lesionó o, si contrajo una enfermedad ocupacional, determine qué fue lo más reciente que le sucedió de lo que se menciona a continuación:
  - Un proveedor médico diagnosticó la enfermedad ocupacional;
  - Le realizaron el primer tratamiento médico;
  - El trabajador lesionado abandonó el trabajo primero debido a la enfermedad ocupacional.
- 9** Para reclamos por fallecimiento, ingrese la fecha de fallecimiento del trabajador lesionado.
- 10** Última fecha en que trabajó: Ingrese el último día trabajado como resultado de dicha lesión o enfermedad ocupacional.
- 11** Fecha en que se reincorporó al trabajo: Ingrese la fecha en que se reincorporó al trabajo luego de la lesión o enfermedad ocupacional.
- 12** Estado en donde se lo contrató: Ingrese el estado en el que el empleador que se menciona en esta solicitud lo contrató.
- 13** Fecha en que se notificó al empleador: Ingrese la fecha en que notificó al empleador respecto de la lesión, la enfermedad ocupacional o el fallecimiento.
- 14** Estado en donde se lo supervisó: Ingrese el estado en el que el empleador que se menciona en esta solicitud lo supervisó.
- 15** Descripción del accidente: Describa en detalle los sucesos que provocaron la lesión, la enfermedad ocupacional o el fallecimiento.
 

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 partes 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; etc.
- 16** Firma del trabajador lesionado (solo para empleados lesionados): Lea la Solicitud de los beneficios/Divulgación de la información médica antes de firmar y fechar este formulario.

# Instrucciones para completar

(continuación)

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

## Inform. del tratamiento

- Indique el diagnóstico y los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD) para las afecciones tratadas como consecuencia de la lesión.
- 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 trabajador lesionado. Debe quedar claro que el diagnóstico se produjo con total probabilidad como resultado de la lesión.
- Proporcionar un código E válido nos permitirá determinar el tipo de reclamo de manera más rápida y eficiente.
- Introduzca el número de proveedor de 11 dígitos del médico o del proveedor de atención médica asignado por la BWC.
- Firma del proveedor de atención médica que completa este formulario.

<b>Inform. del empleador</b>	1 Número de póliza del empleador		Marcar si <input type="checkbox"/> El empleador está autoasegurado		
	Número de teléfono ( )		Número de fax ( )		
	Dirección de correo electrónico		Número de identificación federal		
	Número de manual 2		3		
	¿El empleado recibió tratamiento en la sala de emergencias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿El empleado fue hospitalizado como paciente internado? <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"/> <b>Certificación:</b> El empleador certifica que los hechos en esta solicitud son correctos y válidos.		4 <input type="checkbox"/> <b>Rechazo:</b> El empleador rechaza la validez de este reclamo por la(s) razón(es) que se mencionan a continuación:		Exclusivo para empleadores autoasegurados	
Empleado: firma y cargo		Fecha		5 <input type="checkbox"/> <b>Aclaración:</b> El empleador aclara y autoriza el reclamo por la(s) siguiente(s) condición(es):	
				6 Número del caso de OSHA	

## Inform. del empleador

- Ingrese el número de póliza de la BWC asignado del empleador, que se encuentra en el certificado de cobertura de la BWC.
- Ingrese el código de cuatro dígitos que indica la clasificación de trabajo del trabajador lesionado.
  - Si no conoce el número de manual del trabajador lesionado, llame al **1-800-644-6292** y siga las indicaciones.
- Si elige la certificación y la BWC autoriza el reclamo, la BWC lo pagará de forma rápida. Los empleadores que certifican un reclamo renuncian tanto al aviso de recepción como al aviso de primera orden de indemnización.
- Si elige el rechazo, utilice el espacio proporcionado para enumerar los motivos de dicho rechazo. Agregue más hojas, si es necesario.
- Los empleadores autoasegurados que elijan aclarar la certificación pueden usar el espacio proporcionado. Agregue más hojas, si es necesario.
- Si se trata de una lesión que se debe informar según la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (Occupational Safety and Health Administration, OSHA), incluya el número de caso asignado por el empleador. Este formulario cumple los requisitos de la norma 301 de la OSHA. Puede usarlo en lugar de la norma 301 de la OSHA al informar las lesiones y enfermedades que se pueden registrar ante el gobierno federal.

**Nota:**  
 Si su empleado 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 de la BWC del Informe del empleador sobre las ganancias del empleado), formularios W-2, etc.



ADVERTENCIA:

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

Al firmar este formulario:

- 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 presentaré 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 a la BWC de manera inmediata luego de recibir cualquier tipo de indemnización o beneficios de parte de cualquier fuente por este reclamo.

Inform. del trabajador y la lesión/la enfermedad/el fallecimiento

Formulario for worker information including fields for name, address, social security, date of injury, and employer details.

Inform. del tratamiento

Formulario for treatment information including provider name, diagnosis, and dates of treatment.

Inform. del empleador

Formulario for employer information including policy number, contact details, and certification options.