



SOLICITUD DE COMPENSACIÓN TOTAL TEMPORAL (C-84)

Este nuevo formulario de Solicitud de compensación total temporal (C-84) **reemplaza** al informe complementario del médico que se usaba anteriormente como evidencia médica para justificar la continuación de beneficios por discapacidad total temporal.

El formulario anterior era llenado y firmado por el médico registrado que atendía el caso. Este **nuevo** formulario C-84 establece que el trabajador lesionado debe llenar los renglones 1 al 6 y que firme al frente del mismo. El médico registrado que atiende el caso llena los renglones 7 al 12 (junto con el nombre del trabajador lesionado y el número del reclamo), y debe firmar en el renglón 13. Además, se notifica a ambas partes que “Toda persona que deliberadamente haga una declaración falsa o engañosa, oculte hechos o cometa un acto fraudulento para obtener un pago conforme a las disposiciones de BWC, o que deliberadamente acepte un pago que no tenga derecho a recibir, estará sujeta a un proceso judicial criminal y podrá, conforme a las disposiciones criminales pertinentes, ser penada con una multa o encarcelamiento o ambos”.

Es responsabilidad del trabajador lesionado presentar este formulario a BWC. Si el empleador del trabajador lesionado es su propio asegurador, dicho trabajador deberá presentar este formulario a ese empleador autoasegurado.

INSTRUCCIONES PARA EL TRABAJADOR LESIONADO SOBRE CÓMO LLENAR LOS RENGLONES 1 AL 6

- RENGLÓN 1** Proporcione información actualizada y correcta. La dirección que se provea se usará para enviarle correspondencia de BWC por correo postal, incluyendo sus cheques de compensación. Un número telefónico sería de utilidad en caso de que necesitemos comunicarnos con usted para pedirle información adicional.
-
- RENGLÓN 2** **Indique la última fecha en que se ausentó del trabajo debido a su discapacidad relacionada con el trabajo. Fecha de regreso al trabajo:** Si ya se ha reintegrado a su trabajo, mencione la fecha de regreso. Si no se ha reintegrado al trabajo, deje este espacio en blanco.
-
- RENGLÓN 3** **Nombre del empleador (dónde ocurrió la lesión/enfermedad):** Indique el nombre de su empleador en el momento de la lesión. ¿Este empleador ofrece la opción de un trabajo ligero o modificado? ¿Su empleador puede ofrecerle algún trabajo ligero o modificado acorde con su capacidad física? Si no sabe, marque la casilla.
-
- RENGLÓN 4** **¿Ha realizado usted algún trabajo (incluya trabajo a tiempo completo, a tiempo parcial, por su cuenta o un trabajo que le hayan encomendado) durante el período de discapacidad que aparece arriba? ¿Ha realizado usted algún trabajo para algún empleador, incluyéndose a usted mismo, durante el período de discapacidad que se indica en el renglón 2? Sírvese proporcionar información correcta y completa si contestó afirmativamente en el renglón 2.**
-
- RENGLÓN 5** **¿Ha recibido o solicitado algunos de los siguientes beneficios desde que se lesionó?:** Indique si ha recibido algunos de los beneficios enumerados debido a su lesión. Indique los números o fechas de reclamo si la respuesta a alguno de los beneficios de la lista es afirmativa. Esto no incluye su seguro médico personal o de grupo que cubre condiciones no relacionadas con el trabajo.
-
- RENGLÓN 6** **Firma del trabajador lesionado:** Sírvese firmar y fechar este formulario al solicitar compensación por discapacidad total temporal. Si no puede firmar, marque el formulario en presencia de dos testigos. Su firma en el formulario significa que ha contestado las preguntas a tan sinceramente y compaetamente como es posible. Significa también que usted está en conocimiento de que proporcionar información falsa o engañosa para obtener compensación podría someterlo a un enjuiciamiento criminal cuya sentencia podría ser multa, encarcelamiento, o ambos.
-

LAS INSTRUCCIONES PARA EL MÉDICO ESTÁN AL DORSO

INSTRUCCIONES PARA EL MÉDICO SOBRE CÓMO LLENAR LOS RENGLONES 7 AL 13
(JUNTO CON EL NOMBRE DEL TRABAJADOR LESIONADO Y EL NÚMERO DE RECLAMO)

RENGLÓN 7 ¿Cuál era el cargo del trabajador lesionado en el momento de sufrir la lesión? ¿El trabajador lesionado está en capacidad de reintegrarse a las funciones que realiza en su trabajo? Sírvase especificar el cargo del trabajador en el momento de la lesión. ¿Cree usted que el trabajador lesionado tiene la capacidad física para reintegrarse a ese cargo? ¿Sería factible un reintegro gradual al trabajo? Si no ha recibido y desea una descripción detallada de las labores del cargo, comuníquese con el departamento de servicio al cliente de BWC o con el empleador que tiene seguro propio.
¿Está el trabajador lesionado en capacidad de reintegrarse a otro trabajo, incluyendo un trabajo ligero, alternativo, modificado o de transición? Sírvase explicar y enumerar cualquier posible restricción. Anexe una hoja adicional si es necesario.

RENGLÓN 8 Enumere los Códigos ICD-9 con los diagnósticos descriptivos de las condiciones **autorizadas** que están bajo tratamiento y que le impiden al trabajador lesionado reintegrarse al trabajo.
Enumere los Códigos ICD-9 con los diagnósticos descriptivos de **otras** condiciones autorizadas que están bajo tratamiento.

RENGLÓN 9 **Fechas de discapacidad a causa de la lesión o enfermedad relacionada con el trabajo:** ¿Cuáles son las fechas durante las cuales el trabajador lesionado no podrá trabajar debido a la lesión o enfermedad relacionada con el trabajo?
Fecha de regreso al trabajo: Fecha real en que el trabajador lesionado está autorizado por el médico registrado que atiende el caso a reintegrarse al trabajo, o fecha en que el trabajador lesionado efectivamente se reintegró a su trabajo.
Fecha estimada: Es la fecha en que el médico registrado que atiende el caso considera que el trabajador lesionado podrá estar en capacidad de reintegrarse a sus labores.

RENGLÓN 10 **Los siguientes hallazgos clínicos forman la base de mis recomendaciones:** Proporcione detalles objetivos y subjetivos para justificar sus conclusiones. Esta información respaldará su plan de tratamiento y recomendaciones.

RENGLÓN 11 ¿La lesión o enfermedad relacionada con el trabajo ha llegado a un período de estancamiento en el cual no se espera cambio funcional fundamental o fisiológico alguno a pesar de la continua intervención médica o de rehabilitación? (**Máxima mejoría médica**): Basado en sus hallazgos clínicos, ¿cree usted que la condición del trabajador lesionado ha llegado a una etapa en la cual no se esperan cambios básicos funcionales o fisiológicos algunos, dentro de una probabilidad médica razonable, aun con tratamiento de apoyo para mantener este nivel de funcionamiento? ¿Qué barreras existen que impidan una recuperación normal o una máxima mejoría médica?

RENGLÓN 12 ¿El trabajador lesionado es candidato para recibir servicios de rehabilitación vocacional centrados en su reintegro al trabajo?: ¿Cree usted que el trabajador lesionado es un candidato idóneo para recibir servicios de rehabilitación vocacional centrados en su reintegro al trabajo? Esos servicios podrían incluir un trabajo de transición, trabajo modificado o ayuda para buscar empleo. De lo contrario, ¿cuál es su recomendación para ayudar al trabajador lesionado a reintegrarse a su empleo?

RENGLÓN 13 **Firma del médico registrado que atiende el caso – Obligatorio:** La firma y el número de proveedor del médico registrado que atiende el caso son obligatorios. Sírvase proporcionar información correcta y completa para contribuir al procesamiento oportuno de esta solicitud de compensación por discapacidad total temporal. Su firma en el formulario significa que ha contestado las preguntas a su leal saber y entender. Si suministra información falsa u oculta detalles para obtener un pago, podría estar sujeto a un proceso judicial cuya sentencia podría ser multa o encarcelamiento.

¿DÓNDE SE PRESENTA EL C-84 y CÓMO OBTENGO ASISTENCIA ADICIONAL?

Una vez que usted y su médico hayan llenado este formulario, deben enviarlo a la oficina de servicio de BWC más cercana. Si su empleador es su propio asegurador, deben enviarle el formulario a su empleador. Si no está seguro de si su empleador tiene seguro propio o si necesita ayuda adicional para llenar este formulario, hable con su empleador, o llame gratuitamente en Ohio al 1-800-OHIO BWC, opción 9 (1-800-644-6292). Si necesita ayuda y su empleador tiene seguro propio, hable con su empleador o con el departamento de autoseguro de BWC llamando al 1-800-OHIOBWC, y siga las opciones para hablar con un representante de servicio al cliente de BWC.

PARA MÁS INFORMACIÓN O AYUDA

Si necesita información o ayuda adicional para llenar este formulario, sírvase hablar con la oficina de servicio local de BWC o llame al 1-800-OHIOBWC y seleccione la opción 9 para español. Los formularios de BWC están disponibles en todas las oficinas de servicio de BWC o llamando al 1-800-OHIOBWC y siguiendo las opciones para hablar con un representante de servicio al cliente.



SOLICITUD DE COMPENSACIÓN TOTAL TEMPORAL

Número de reclamo

INSTRUCCIONES PARA EL TRABAJADOR LESIONADO:

- Sírvese llenar los renglones 1 al 6 de este formulario en letra de molde o a máquina.
- Entregue este formulario al médico registrado que atiende el caso para que llene los renglones 7 al 13 al dorso del formulario.
- Una vez que las secciones del trabajador lesionado y del médico hayan sido llenadas, envíe este formulario a la oficina de servicio local de BWC o al empleador con seguro propio.
- Si tiene alguna pregunta sobre cómo llenar este formulario, sírvase llamar a la oficina de servicio local de BWC o al empleador con seguro propio.

PARA SER LLENADO POR EL TRABAJADOR LESIONADO

1	Nombre		Fecha de lesión	Número de teléfono ()
	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal de 9 dígitos

2	Última fecha de trabajo a causa del período actual de discapacidad relacionada con el trabajo:	Fecha de reintegro al trabajo:
---	--	--------------------------------

3	Nombre del empleador (donde ocurrió la lesión o enfermedad)	¿Este empleador ofrece la opción de trabajo modificado (o ligero)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
---	---	---

4	¿Ha realizado usted algún tipo de trabajo (incluya trabajo a tiempo completo, tiempo parcial, por su cuenta o algún trabajo encomendado) durante el período de discapacidad que se indica arriba? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique el nombre del empleador:			
	Nombre del empleador (Usted mismo si trabaja por su cuenta)		Número de teléfono ()	
	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal de 9 dígitos

5	¿Ha recibido o solicitado alguno de los siguientes beneficios desde que sufrió la lesión?			
	Compensación por desempleo.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de reclamo de OBES	_____
	Jubilación del Seguro Social	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de Reclamo del Seguro Social	_____
	Licencia por enfermedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Del _____ al _____	
	Asistencia pública.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de caso de Servicios Humanos	_____
	Continuación de salario.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Del _____ al _____	
¿Ha solicitado o está recibiendo otros beneficios de alguna otra institución con respecto a esta lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
En caso afirmativo, indique el nombre de la Agencia/compañía _____ Número de reclamo _____				

FIRMA DEL TRABAJADOR LESIONADO

6	Entiendo que no puedo trabajar mientras recibo compensación total temporal. He contestado las preguntas anteriores a mi leal saber y entender. Estoy consciente de que toda persona que deliberadamente haga una declaración falsa o engañosa, oculte hechos o cometa un acto fraudulento para obtener compensación conforme a las disposiciones de BWC, o que deliberadamente acepte una compensación que no tiene derecho a recibir, está sujeta a un proceso judicial criminal conforme a las disposiciones criminales pertinentes, cuya sentencia podría ser multa o encarcelamiento o ambos.			
	Firma (si no puede firmar, marque en presencia de dos testigos)			Fecha
	Testigo		Testigo	

INSTRUCCIONES PARA EL MÉDICO:

- Sírvese llenar los renglones 7 al 13 e indicar el nombre del trabajador y el número de reclamo en este formulario.
- Puede anexar documentación médica adicional como por ejemplo resultados de pruebas de diagnóstico y plan de tratamiento actual para respaldar esta solicitud.
- Si no proporciona la información completa, los pagos de compensación al trabajador lesionado podrían retrasarse o suspenderse.

Nombre del trabajador lesionado
Número de reclamo

PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO REGISTRADO

7	¿Cuál era el cargo del trabajador lesionado en el momento de sufrir la lesión?
	<p>_____</p> <p>¿El trabajador lesionado está en capacidad de reintegrarse a sus labores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Está el trabajador lesionado en capacidad de reintegrarse a otro trabajo, incluyendo un trabajo ligero, alternativo, modificado o de transición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Sírvese explicar, indicando posibles restricciones. Anexe una hoja adicional si es necesario.</p>

8	<p>Enumere los Códigos de ICD-9 con los diagnósticos descriptivos de las condiciones autorizadas bajo tratamiento que impidan el reintegro al trabajo.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Enumere los Códigos de ICD-9 con los diagnósticos descriptivos de otras condiciones autorizadas que estén bajo tratamiento.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	9	<p>Fecha del último examen o tratamiento</p> <p>Fecha de la próxima cita</p> <hr/> <p>Fechas de discapacidad a causa de la lesión o enfermedad relacionada con el trabajo</p> <p>Desde el: _____ Hasta el: _____</p> <hr/> <p>Fecha de regreso al trabajo</p> <p>____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Real <input type="checkbox"/> Estimada</p> <p><input type="checkbox"/> El trabajador ya ha sido dado de alta</p>
---	--	---	---

10	<p>Los siguientes hallazgos clínicos constituyen la base de mis recomendaciones:</p> <p>Objetivos _____</p> <p>Subjetivos _____</p>
----	---

11	<p>¿La lesión o enfermedad relacionada con el trabajo ha llegado a un nivel de estancamiento en el cual no puede esperarse cambio fundamental funcional o fisiológico alguno a pesar de la continua intervención médica o de rehabilitación? (Máxima mejoría médica)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique una fecha _____</p> <p>En caso negativo, indique las barreras que impiden una recuperación normal o una máxima mejoría médica. Anexe una hoja adicional si es necesario.</p>
----	--

12	<p>¿El trabajador lesionado es candidato para recibir servicios de rehabilitación vocacional centrados en su reintegro al trabajo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sírvase explicar: _____</p>
----	---

FIRMA DEL MÉDICO QUE ATIENDE EL CASO – OBLIGATORIA

<p>Certifico que la información que precede es correcta a mi leal saber y entender. Estoy consciente de que toda persona que deliberadamente haga una declaración falsa o engañosa u oculte hechos o cometa cualquier otro acto fraudulento para obtener un pago conforme a BWC, o que deliberadamente acepte un pago que no tiene derecho a recibir, está sujeta a un enjuiciamiento criminal y podrá, conforme a las disposiciones criminales pertinentes, ser penalizada con multa, encarcelamiento o ambos.</p>					
13	Nombre del médico registrado que atiende el caso			Número de proveedor de BWC – obligatorio	
	Dirección			Código postal de 9 dígitos	Número de teléfono
	Firma del médico registrado que atiende el caso			Ciudad	Estado
					Fecha