



STATE OF NEW YORK
WORKERS' COMPENSATION BOARD
100 BROADWAY-MENANDS
ALBANY, NY 12241
(877) 632-4996



Se lesionó en el trabajo. ¿Ahora qué?

La Junta de Compensación Obrera ha sido notificada que usted ha sufrido una lesión o enfermedad relacionada con su trabajo. Estamos abriendo un caso de Compensación Obrera en su nombre. Puede ser que usted ya haya recibido servicios médicos. Si no los ha recibido, debe gestionarlos inmediatamente.

Responsabilidad del Trabajador

- Usted debe notificar a su patrono, por escrito, cuándo, donde y como usted se lesionó. Haga esto dentro del término de 30 días de su lesión.
- *Informes médicos son necesarios para su caso.* Infórmele a su médico que usted tiene una lesión relacionada con su trabajo y provéale el nombre de su patrono. No pague ni use otro seguro para su cuidado. Pídale a su médico que radique informes a la Junta y a su patrono ó su compañía de seguros. Si su caso es cuestionado, la Junta necesita un informe médico sobre su lesión para iniciar la solución de su reclamación.

El inicio de un caso

Tan pronto como su patrono se informe de su lesión, debe notificar a la Junta llenando una forma C-2. *Usted debe llenar una forma de empleado (C-3) para ser un informe sobre su lesión lo mas pronto possible.* (Usted debe notificar a la Junta de su lesión o enfermedad dentro del término de dos años.) Si usted se ha lesionado antes en la misma parte del cuerpo o ha tenido una enfermedad similar, usted también tendrá que llenar la Forma C-3.3.

Si usted aún no ha completado la Forma C-3 o C-3.3 (si fuera necesaria), hay tres maneras de hacerlo.

- Visite www.wcb.state.ny.us/content/main/onthejob/howto.jsp para completar la forma.
- Llène las formas adjuntas y envíelas por correo a la Junta
- Llame al 1-866-396-8314. Un empleado de la Junta llenará la forma con usted.

Facturas por Cuidado Médico

No le pague a su médico ni al hospital. Esas facturas son pagadas por la compañía de seguros a menos que la Junta rechace su caso. Si su caso es objetado, los proveedores serán pagados cuando la Junta decida el caso. Si la Junta decide en su contra o *si usted descontinua los trámites del caso usted tendrá que pagar el médico y el hospital.*

El seguro de su patrono cubre medicinas y equipo necesario que su médico ha recetado. Usted también tiene derecho recibir pago para transportación o gastos incurridos al viajar para recibir tratamiento. (Obtenga recibo de esos gastos.)

Por lo general usted puede seleccionar cualquier médico autorizado por la junta. Usted también puede utilizar clínicas de enfermedad ocupacional. Sin embargo, si el seguro de su patrono

tiene un proveedor preferido para el cuidado de lesiones en el trabajo, usted debe recibir el tratamiento inicial de esos proveedores. Si ese asegurador también tiene servicios farmacéuticos o una organización para proveer diagnósticos, usted debe recibir el servicio a través de esa organización. Si el asegurador usa esas organizaciones debe informarle a usted cuáles son y cómo usarlas.

Beneficios por Sueldos Perdidos

Usted tiene derecho a una parte de sus sueldos perdidos si su lesión o enfermedad le afecta en una o más formas:

1. Le impide trabajar por más de siete días.
2. Parte de su cuerpo está permanentemente discapacitado.
3. Su paga se ha reducido porque ahora usted trabaja menos horas o hace otro trabajo.

El patrono o el asegurador puede aceptar su reclamación y empezar a pagar sus beneficios por sueldo perdidos inmediatamente. Algunas veces, patronos o compañías de seguros pueden objetar su reclamación. Cuando eso pasa la Junta trata de resolver la mayoría de los casos dentro del término de noventa días.

Usted puede contratar un abogado o un representante licenciado, que pueda ayudar con reclamaciones intrincadas o cuyas han sido objetadas, pero no es requerido. La Junta fija sus honorarios y los mismos son deducidos de lo que usted recibiera por sueldos perdidos. Usted y su familia no debe pagar nada directamente a su abogado o representante licenciado.

Si su caso es objetado, usted podrá recibir beneficios por incapacidad mientras se ve el caso. Usted los pagará cuando reciba su pago por sueldos perdidos. Para obtener la forma para reclamarlos DB-450, una oficina de la Junta, o llame al [800] 353-3092 o visite www.wcb.state.ny.us/content/main/forms/db450.pdf.

Ayuda Disponible

Hay veces que se necesita ayuda para regresar a trabajar. Una lesión también puede causar problemas económicos o familiares. La Junta de Compensación Obrera tiene Consejeros de Rehabilitación y Trabajadores Sociales para ayudarlo. Llame al [877] 632-4996 para información adicional.

¿Qué Pasa Después?

Su patrono o su compañía de seguros le avisará si su reclamación ha sido aceptada. Cuando eso ocurra, su tratamiento será pagado y empezarán los beneficios por sueldos perdidos. Si su caso es objetado, la Junta le informará como se resolverá su caso. Si se necesita más información, la Junta se comunicará con usted y le indicará cómo radicarla.

Información Importante de Contacto

Junta de Compensación Obrera	(877)632-4996	General_Information@wcb.state.ny.us
Beneficios por Incapacidad	(800)353-3092	www.WCB.State.NY.US
Ayudando a los residentes de Nueva York de bajos ingresos resolver sus problemas legales	(800)342-3661	lr@nysba.org.



Reclamación del empleado

C-3S

Estado de Nueva York - Junta de Compensación Obrera (WCB)

Complete este formulario para solicitar los beneficios de compensación por una lesión laboral o una enfermedad relacionada con el trabajo. Complete con cuidado y use letra de imprenta. También puede completar este formulario en línea en www.wcb.state.ny.us.

Número de caso WCB (si lo sabe): _____

A. INFORMACIÓN PERSONAL (Empleado)

1. Nombre completo: _____ 2. Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
Nombre Segundo nombre Apellido mes / día / año
3. Dirección postal: _____
Número y calle/Apartado postal Ciudad Estado Código postal
4. N° de seguro social: _____ 5. N° de teléfono: (____) _____ 6. Sexo: Masculino Femenino
7. ¿Habla usted inglés? Sí No En caso negativo, ¿qué idioma habla? _____

B. INFORMACIÓN SOBRE SU(S) EMPLEADOR(ES)

1. Empleador en donde se lesionó: _____ 2. N° de teléfono: (____) _____
3. Dirección del trabajo: _____
Número y calle/Apartado postal Ciudad Estado Código postal
4. Fecha de inicio del empleo: _____ / _____ / _____ 5. Nombre de su supervisor: _____
mes / día / año
6. Indique nombre(s)/dirección(es) de otro(s) empleador(es) al momento de la lesión/enfermedad: _____

7. ¿Perdió usted horas de trabajo del otro empleo con motivo de su lesión/enfermedad? Sí No

C. SU TRABAJO en la fecha de la lesión o enfermedad

1. ¿Cuál era su puesto o descripción de trabajo? _____
2. ¿Qué tipo de actividades realizaba usted normalmente en el trabajo? _____

3. ¿Su trabajo era? (marque uno) A tiempo completo A medio tiempo Estacional Voluntario Otro: _____
4. ¿Cuál era su salario antes de impuestos por período de pago? _____ 5. ¿Con qué frecuencia se le pagaba? _____
6. ¿Recibía usted alojamiento o propinas además de su pago? Sí No En caso afirmativo, especifique: _____

D. SU LESIÓN O ENFERMEDAD

1. Fecha de la lesión o del inicio de la enfermedad: _____ / _____ / _____ 2. Hora de la lesión: _____ AM PM
mes / día / año
3. ¿Dónde ocurrió la lesión/enfermedad? (por ej., 1 Main Street, Pottersville, en la puerta de acceso) _____

4. ¿Era éste su lugar de trabajo habitual? Sí No En caso negativo, ¿por qué estaba usted en ese lugar? _____

5. ¿Qué estaba haciendo cuando se lesionó o se enfermó? (por ej.: descargando un camión, copiando un informe) _____

6. ¿Cómo ocurrió la lesión/enfermedad? (por ej.: pasaba por encima de una tubería y caí al piso) _____

7. Explique detalladamente la naturaleza de su lesión/enfermedad, incluyendo las partes del cuerpo lesionadas (por ej.: me torcí el tobillo izquierdo y me corté la frente): _____

SU NOMBRE: _____

FECHA DE LA LESIÓN/ENFERMEDAD: ____/____/____
mes / día / año

D. SU LESIÓN O ENFERMEDAD (cont.)

8. ¿Hubo algún objeto (por ej.: carretilla, martilla, ácido) involucrado en la lesión/enfermedad? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál? _____

9. ¿La lesión ocurrió por estar utilizando u operando un vehículo motorizado licenciado? Sí No

En caso afirmativo, su vehículo un vehículo del empleador otro vehículo Número de placa (si lo sabe): _____

Si su vehículo estuvo involucrado, indique el nombre y dirección de su asegurador: _____

10. ¿Ha notificado la lesión/enfermedad a su empleador (o supervisor)? Sí No En caso afirmativo, la notificación fue remitida a: _____ en forma: verbal escrita Fecha de notificación: ____/____/____
mes / día / año

11. ¿Hubo algún testigo de la lesión? Sí No Desconocido En caso afirmativo, indique los nombres: _____

E. REGRESO AL TRABAJO

1. ¿Dejó usted de trabajar debido a la lesión/enfermedad? Sí No En caso afirmativo, ¿en qué fecha? ____/____/____
mes / día / año En caso negativo, pase a la Sección F.

2. ¿Ha regresado al trabajo? Sí No En caso afirmativo, ¿en qué fecha? ____/____/____ tareas normales tareas restringidas
mes / día / año

3. Si ha regresado al trabajo, ¿para quién trabaja usted ahora? Mismo empleador Nuevo empleador Independiente

4. ¿Cuál es su salario antes de impuestos por período de pago? _____ ¿Con qué frecuencia se le paga? _____

F. TRATAMIENTO MÉDICO POR ESTA LESIÓN O ENFERMEDAD

1. ¿Cuál fue la fecha de su primer tratamiento? ____/____/____ No recibí tratamiento (pase a la pregunta F-5)
mes / día / año

2. ¿Recibió tratamiento en el lugar de la lesión? Sí No

3. ¿En dónde se le prestó el primer tratamiento médico por su lesión/enfermedad? Ninguno Sala de emergencias
 Consultorio del doctor Clínica/Hospital/Servicio de emergencia Internamiento hospitalario por más de 24 horas

Nombre y dirección del lugar en el que le prestó el primer tratamiento médico: _____

Nº de teléfono: (____) _____

4. ¿Aún está bajo tratamiento por esta lesión/enfermedad? Sí No

Indique el nombre y dirección del/los doctor(es) que lo atiende(n) por esta lesión/enfermedad: _____

Nº de teléfono: (____) _____

5. ¿Recuerda alguna otra lesión en la misma parte del cuerpo o una enfermedad similar? Sí No

En caso afirmativo, lo atendió un doctor? Sí No En caso afirmativo, indique los nombres y direcciones del/los doctor/es que lo atendieron y **PRESENTE EL FORMULARIO C-3.3 JUNTO CON ESTE FORMULARIO:** _____

6. ¿La lesión/enfermedad anterior estuvo relacionada con el trabajo? Sí No

En caso afirmativo, ¿trabajaba usted para el mismo empleador que ahora? Sí No

Por la presente realizo una reclamación de beneficios conforme a lo dispuesto en la Ley de Compensación obrera. Con mi firma declaro que la información que aquí suministro es verdadera y exacta a mi mejor saber y entender.

Toda persona que con conocimiento y INTENCIÓN DE COMETER FRAUDE presente, haga presentar o prepare información que contenga FALSEDADES u omisiones de hechos materiales sabiendo o creyendo que será presentada a un asegurador o auto asegurador o que será presentada por éste SERÁ CULPABLE DE DELITO y estará sujeto a MULTAS SUSTANCIALES Y ENCARCELAMIENTO.

Firma del empleado: _____ Nombre: _____ Fecha: ____/____/____

En representación del empleado: _____ Nombre: _____ Fecha: ____/____/____

Un tercero podrá firmar en nombre y representación del empleado únicamente si está legalmente autorizado para hacerlo y el empleado es un menor, es mentalmente incompetente o está incapacitado.

Instrucciones para completar el Formulario C-3, "Reclamación de indemnización del empleado"

Complete este formulario y envíelo a la oficina de distrito (DO, por sus siglas en inglés) de su zona de la Junta de Compensación Obrera para solicitar los beneficios de indemnización para trabajadores. Las direcciones aparecen al final de estas instrucciones. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con la Junta de Compensación Obrera al **1-877-632-4996**. **También podrá completar este formulario en Internet en: <http://www.web.state.ny.us/>**

Si no tiene número de caso de la Junta de Compensación Obrera o no lo sabe, deje este campo sin completar. No es necesario para tramitar su reclamación. No olvide escribir su nombre y la fecha cuando ocurrió la lesión o enfermedad en la parte superior de la segunda página.

Sección A. Información personal del empleado:

- Punto 1:** Escriba su nombre completo (primer y segundo nombre y apellido).
- Punto 2:** Escriba su fecha de nacimiento en el siguiente orden: mes/día/año. El año deberá tener cuatro cifras.
- Punto 3:** Escriba su dirección postal. Incluya su casilla postal (PO Box), si corresponde, ciudad o pueblo, estado y código postal.
- Punto 4:** Escriba su número de seguro social. Esto es muy importante para que su reclamación se tramite más rápido.
- Punto 5:** Indique su número de teléfono principal con el código de la zona. Aquí podrá poner el número de su teléfono celular.
- Punto 6:** Indique su sexo (masculino o femenino).
- Punto 7:** Marque 'Sí' si habla y entiende inglés. Si no es así, entonces marque 'No' e indique qué idioma habla.

Sección B. Información de su/s empleador/es:

- Punto 1:** Indique quién era su empleador cuando se lesionó o se enfermó.
- Punto 2:** Escriba el número de teléfono de este empleador, ya sea su teléfono principal o el de su supervisor.
- Punto 3:** Escriba la dirección postal de su empleador. Incluya la casilla postal (PO Box), si corresponde, ciudad o pueblo, estado y código postal.
- Punto 4:** Indique fecha fué contratado por este patrono.
- Punto 5:** Escriba el nombre de su supervisor directo, la persona de quien depende usted habitualmente.
- Punto 6:** Si tiene más de un trabajo, indique los nombres y las direcciones de los demás empleadores para quienes trabaja usted además de los datos del empleo donde sufrió la lesión. Si necesita más espacio, use una hoja aparte.
- Punto 7:** Marque 'Sí' en caso de haber perdido horas de trabajo en otro empleo con motivo de su lesión o enfermedad; de lo contrario, marque 'No'.

Sección C. Descripción de su trabajo cuando ocurrió la lesión o enfermedad:

- Punto 1:** Indique su puesto de trabajo actual o describa sus funciones (por ej.: empleado de almacén).
- Punto 2:** Indique las tareas típicas que realiza en este trabajo (por ej.: mantener inventarios, descargar camiones, etc.).
- Punto 3:** Marque el tipo de trabajo que tenía.
- Punto 4:** Escriba su salario bruto (antes de impuestos) por período de pago.
- Punto 5:** Indique cada cuánto le pagaban el sueldo (semanal, quincenalmente, etc.).
- Punto 6:** Indique si le pagaban propinas o el alojamiento además del sueldo habitual. Si se los pagaban, descríbalos.

Sección D. Su lesión o enfermedad:

- Punto 1:** Escriba la fecha en que se lesionó o notó que estaba enfermo. Escriba la fecha en el siguiente orden: mes/día/año. El año deberá tener cuatro cifras. Si padece una afección o enfermedad laboral, ignore el punto 2.
- Punto 2:** Escriba la hora en que se produjo la lesión. Marque si fue por la mañana o por la tarde.
- Punto 3:** Indique el lugar en el que ocurrió la lesión o enfermedad; incluya la dirección del edificio y el lugar físico dentro de éste en el que se produjo la lesión o enfermedad.
- Punto 4:** Marque si era su lugar de trabajo habitual. En caso contrario, explique por qué estaba ahí.
- Punto 5:** Describa detalladamente qué estaba haciendo cuando se lesionó o se enfermó (por ej.: descargaba a mano cajas del camión). Esta información explica los acontecimientos que precedieron a la lesión.
- Punto 6:** Describa detalladamente cómo se lesionó o se enfermó (por ej.: estaba sacando cajas pesadas de un camión). Aquí deberá mencionar a todas las personas y acontecimientos relacionados con la lesión o enfermedad.
- Punto 7:** Indique detalladamente el tipo de lesión o enfermedad y su importancia e incluya las partes del cuerpo lesionadas. Sea lo más preciso posible. (Por ej.: Me dañé la espalda cuando trataba de levantar una caja pesada. Ahora siento dolor cuando me inclino o sostengo objetos aún más livianos).
- Punto 8:** Indique si hubo algún objeto implicado en el accidente EXCLUYENDO los vehículos autorizados. Esos objetos pueden ser una herramienta (por ej.: un martillo), una sustancia química (por ej.: ácido), máquinas (por ej.: un elevador de horquilla o una prensa taladradora), etc.
- Punto 9:** Indique si hubo un vehículo autorizado implicado en el accidente. Si lo hubo, marque si éste era suyo, de su empleador o de un tercero. Incluya número de tablilla [si lo sabe]. Si su vehículo estuvo implicado, escriba el nombre y la dirección de su compañía de seguros contra terceros.
- Punto 10:** Marque si informó a su empleador o supervisor de la lesión o enfermedad. Si lo hizo, indique quién se ocupó de la notificación y si lo hizo oralmente o por escrito. Mencione la fecha en que se realizó la notificación.
- Punto 11:** Marque si alguien vio cómo se produjo la lesión. Si alguien la presencié, escriba el nombre de esa/s persona/s.

Sección E. Regreso al trabajo:

- Punto 1:** Si dejó de trabajar como consecuencia de su lesión o enfermedad laboral, marque 'Sí' e indique la fecha en que dejó de hacerlo. Si sigue trabajando, marque 'No' y pase a la próxima sección.

Sección E. Regreso al trabajo (continuación):

Punto 2: Si ya regresó al trabajo, marque 'Sí'. También indique la fecha en que comenzó nuevamente a trabajar y si retomó sus Tareas Habituales o si realiza Tareas Limitadas o Restringidas. (Si no ha retomado todas las tareas que solía realizar antes de la lesión o enfermedad, entonces realiza Tareas Limitadas).

Punto 3: Si se ha reincorporado a su trabajo, indique para quién trabaja ahora.

Punto 4: Escriba su salario bruto (antes de impuestos) por período de pago por el trabajo que realiza ahora. Indique cada cuánto le pagan a usted el sueldo (semanal, quincenalmente, etc.).

Sección F. Tratamiento médico por esta lesión o enfermedad:

Punto 1: Si no recibió ningún tratamiento médico por esta lesión o enfermedad, marque 'No recibí tratamiento' y pase al punto 5. De lo contrario, escriba la fecha en que recibió tratamiento por primera vez por esta lesión o enfermedad y complete los demás puntos de esta sección.

Punto 2: Marque si el primer tratamiento que recibió por esta lesión o enfermedad fue en el trabajo.

Punto 3: Marque el lugar en el que recibió tratamiento médico por primera vez fuera del trabajo por esta lesión o enfermedad. Indique el nombre, la dirección y el teléfono (con el código de la zona) del centro médico.

Punto 4: Si todavía sigue recibiendo tratamiento médico por esta misma lesión o enfermedad, marque 'Sí' e indique el nombre, la dirección y el teléfono (con el código de la zona) del/de los médico/s que le atienden; de lo contrario, marque 'No'.

Punto 5: Si cree que ya tenía una lesión en la misma parte del cuerpo o una enfermedad similar, marque 'Sí' e indique si le atendió un médico por esta enfermedad o lesión. Si lo hizo, indique el nombre y la dirección del/de los médico/s que le atendieron y **complete y envíe el formulario C-3.3 junto con éste.**

Punto 6: Si tenía una lesión o enfermedad anterior, marque si era laboral. Si lo era, marque si la lesión o enfermedad ocurrió mientras trabajaba para el empleador actual.

Firme el formulario C-3 en la parte inferior de la segunda página, escriba su nombre en letra de imprenta y ponga la fecha en que firmó el formulario. Si otra persona firma el formulario en nombre del empleado, deberá hacerlo en el segundo renglón para firmar.

LO QUE TODO TRABAJADOR DEBE HACER ENCASO DE LESION O ENFERMEDAD OCUPACIONAL:

1. Avisar inmediatamente a su patrono ó a su supervisor cuando, donde y como sufrió la lesión.
2. Obtener atención médica inmediatamente.
3. Pedirle a su médico que presente informes a la Junta y a su patrono, ó a la compañía de seguros.
4. Llenar esta forma de reclamación para compensación y enviarla a la oficina mas cercana de la Junta de Compensación. (vease abajo.) El no presentar reclamación dentro de dos años a partir de la fecha de la lesión puede ser motivo de que se le rechace la reclamación. Si necesita que le ayuden a llenar esta forma, llame por telefono o vaya a la oficina mas cercana de la Junta de Compensación Obrera.
5. Acudir a todas las audiencias cuando se le notifique que comparezca.
6. Volver a su trabajo lo mas pronto que le sea posible; la compensación nunca es tan alta como su sueldo.

SUS DERECHOS:

1. Por lo general usted tiene derecho a ser atendido por el médico de su preferencia, siempre y cuando esté autorizado por la Junta. Si su patrono está participando en un acuerdo de organización de proveedores con preferencia (P.P.O.) su tratamiento inicial deberá obtenerlo de la entidad que su patrono haya designado para proveer cuidado médico para lesiones relacionadas con la compensación obrera.
2. NO PAGUE NADA a su médico ni al hospital. Esas facturas serán pagadas por la compañía de seguros si su caso no ha sido cuestionado. Si el caso es disputado, su médico y el hospital deberán esperar hasta que la Junta decida el caso. Si usted dejara de proseguir su caso o si la Junta fallara en su contra, le corresponde pagar a su médico y al hospital.
3. También tiene usted derecho a ser reembolsado por gastos de medicamentos, muletas o cualquier aparato apropiadamente prescrito por su médico y por transportación u otros gastos necesarios para visitar el consultorio de su médico ó el hospital. (Obtenga comprobantes de esos gastos.)
4. Usted tiene derecho a compensación si su lesión le deja impedido de trabajar por mas de siete días, o le obliga a trabajar a sueldo mas bajo ó resulta con incapacidad permanente en alguna parte de su cuerpo.
5. La compensación es pagadera directamente y sin tener que esperar la decisión, excepto cuando se cuestione la reclamación.
6. Los empleados lesionados o las personas a cargo de un empleado fallecido podrán representarse a sí mismos ante la Junta o contratar a un abogado o representante autorizado para que los represente. Si contrataran a un abogado o representante autorizado, los honorarios por sus servicios quedarán a consideración de la Junta. Si ésta los aprueba, el empleador o la compañía de seguros se los pagará, deduciéndolos de los beneficios de compensación que haya que pagarle. Los empleados lesionados o las personas a cargo de un empleado fallecido no deben pagar nada directamente al abogado o representante autorizado que los represente en un caso de indemnización.
7. Si necesita ayuda para volver al trabajo, ó si tiene problemas familiares o economicos por motivo de su lesión, comuníquese con la oficina de la Junta de Compensación Obrera que le quede mas cerca y pida una reunión con un consejero de rehabilitación o con un trabajador social.

Para presentar este formulario, deberá enviarlo directamente a la oficina de distrito (DO) de la Junta de Compensación Obrera que corresponda a la dirección que se menciona a continuación:

Albany DO: 100 Broadway-Menands, Albany NY 12241 866-750-5157 (para accidentes en los siguientes condados: Albany, Clinton, Columbia, Dutchess, Essex, Franklin, Fulton, Greene, Hamilton, Montgomery, Rensselaer, Saratoga, Schenectady, Schoharie, Ulster, Warren y Washington).

Binghamton DO: State Office Building, 44 Hawley Street, Binghamton NY 13901 866-802-3604 (para accidentes en los siguientes condados: Broome, Chemung, Chenango, Cortland, Delaware, Otsego, Schuyler, Sullivan, Tioga y Tompkins).

Buffalo DO: Statler Towers, 107 Delaware Avenue, Buffalo NY 14202 866-211-0645 (para accidentes en los siguientes condados: Cattaraugus, Chautauqua, Erie y Niagara).

Rochester DO - 130 Main Street West, Rochester NY 14614 866-211-0644 (para accidentes en los siguientes condados: Allegany, Genesee, Livingston, Monroe, Ontario, Orleans, Seneca, Steuben, Wayne, Wyoming y Yates).

Syracuse DO: 935 James Street, Syracuse NY 13203 866-802-3730 (para accidentes en los siguientes condados: Cayuga, Herkimer, Jefferson, Lewis, Madison, Oneida, Onondaga, Oswego y St. Lawrence).

Central de correo para la zona sur del Estado: PO Box 5205, Binghamton NY, 13902-5205 para todos los DO en NYC 800-877-1373; en Hempstead 866-805-3630; en Hauppauge 866-681-5354; en Peekskill 866-746-0552 (para accidentes en los siguientes condados: Bronx, Kings, Nassau, New York, Orange, Putnam, Queens, Richmond, Rockland, Suffolk y Westchester).

C-3S (9-08)



Limited Release of Health Information (HIPAA)

C-3.3

State of New York - Workers' Compensation Board

WCB Case No. (if you know it): _____

To Claimant: If you received treatment for a *previous* injury to the same body part or for an illness similar to the one described in your current Claim, fill out this form. This form allows the health care providers you list below to release health care information about your previous injury/illness to your employer's workers' compensation insurer. The federal HIPAA law (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) says you have a right to get a copy of this form. If you do not understand this form, talk to your legal representative. If you do not have a legal representative, the Advocate for Injured Workers at the Workers' Compensation Board can help you. Call: 800-580-6665.

To Health Care Provider: A **copy** of this HIPAA-compliant release allows you to disclose health information. If you send records to the employer's workers' compensation insurer in response to this release, also mail copies to the Claimant's legal representative. (If no legal representative is listed below, send copies to the Claimant.) Health care providers who release records must follow New York state law and HIPAA.

This release is:

- **Voluntary.** Your health care provider(s) must give you the same care, payment terms, and benefits, whether you sign this form or not.
- **Limited.** It gives your health care provider(s) permission to release only those health records that are related to the previous illness/condition you describe below.
- **Temporary.** It ends when your current claim for compensation is established or disallowed and all appeals are exhausted.
- **Revocable.** You can cancel this release at any time. To cancel, send a letter to the health care provider(s) listed on this form. Also, send a copy of your letter to your employer's workers' compensation insurer and the Workers' Compensation Board. *Note: You may not cancel this release with respect to medical records already provided.*
- **For records only.** It gives your health care provider(s) listed on this form permission to send copies of your health care records to your employer's workers' compensation insurer.

This form does NOT allow your health care provider(s) to release the following types of information:

- **HIV-related information**
- **Psychotherapy notes**
- **Alcohol/Drug treatment**
- **Mental Health treatment** (unless you check below)
- **Verbal information** (your health care providers may not discuss your health care information with anyone)

Any medical records released will become part of your workers' compensation file and are confidential under the Workers' Compensation Law.

A. YOUR INFORMATION (Claimant)

1. Name: _____ 2. Social Security Number: _____ - _____ - _____
3. Mailing Address: _____
4. Date of Birth: ____/____/____ 5. Date of the current injury/illness: ____/____/____
6. Current injury/illness, including all body parts injured: _____
7. Your legal representative's name and address (if any): _____

Check here if you allow your health care provider(s) to release **mental health care** information.

B. YOUR HEALTH CARE PROVIDER(S) (List all health care providers who treated you for a *previous* injury to the same body part or similar illness. If more than 2 providers attach their contact information to this form.)

1. Provider: _____ 2. Phone Number: (____) _____
3. Mailing Address: _____
4. Other provider (if any): _____ 5. Phone Number: (____) _____
6. Mailing Address: _____

C. READ AND SIGN BELOW. I hereby request that the health care provider(s) listed above give my employer's workers' compensation insurer copies of all health records related to any previous injury/illness, to all body parts, described above.

Claimant's signature Date

If the claimant is unable to sign, the person signing on his/her behalf must fill out and sign below:

Your name Relationship to Claimant Signature Date

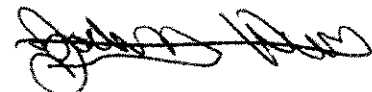
**A TODO EMPLEADO LESIONADO EN EL TRABAJO O QUE SUFRA DE ENFERMEDAD OCUPACIONAL:
USTED PUEDE TENER DERECHO A BENEFICIOS DE COMPENSACION OBRERA**

1. Usted deberá presentar una reclamación de beneficios dentro del término de dos años del día en que fue lesionado, a menos que la lesión sea tan pequeña que no requiera tratamiento médico y que no cause interrupción en su jornada de trabajo. Si no radica dentro del término de dos años, puede perder sus derechos a beneficios. Consiga y radique una forma de reclamación (Forma C-3, o VF-3 para bomberos voluntarios, o VAW-3 para empleados voluntarios de ambulancias) en la oficina más cercana de la Junta de Compensación Obrera (direcciones más abajo).
2. Usted tiene derecho a compensación si su lesión relacionada con el trabajo le impide trabajar por más de siete días, le obliga a trabajar a sueldo más bajo ó resulta en incapacidad permanente de cualquier parte de su cuerpo. Usted puede tener derecho a servicios de rehabilitación si necesita ayuda para regresar al trabajo. (Bomberos voluntarios y Trabajadores de Ambulancia Voluntarios pueden ser compensados desde el mismo día de su lesión.)
3. Usted tiene derecho a recibir tratamiento médico relacionado con su lesión y debe obtenerlo inmediatamente.
4. Para el tratamiento de cualquier lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, usted puede escoger cualquier médico, podiatra, quiropráctico ó psicólogo (si es referido por un médico autorizado) que esté autorizado y acepte pacientes de la Junta de Compensación Obrera. Sin embargo, si su patrono está autorizado a participar en una organización certificada de proveedores preferidos (PPO), usted deberá obtener tratamiento inicial para cualquier lesión o enfermedad relacionada con el trabajo de la correspondiente entidad. Patronos que participen en esta programa establecida por ley están obligados a proveer a sus empleados notificación escrita explicando sus derechos y obligaciones bajo el programa a que esté acogido.
5. Usted deberá requerir de su Médico que radique copias de los informes médicos de su caso en la Junta de Compensación Obrera y en la compañía de seguros de su patrono, que se indica al final de esta forma.
6. No pague a ningún proveedor médico directamente por tratamiento de su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Ellos deben enviar sus facturas al asegurador de su patrono. Si el caso es cuestionado, el proveedor deberá esperar hasta que la Junta decida el caso, antes de iniciar gestión de cobro alguna contra usted. Si usted no tramita su caso ó la Junta falla que su lesión o enfermedad no está relacionada con el trabajo, usted podría ser responsable del pago de las facturas.
7. El patrono es responsable de la sustitución y reparación de aquellos implementos médicos que han sido perdidos o se han deteriorado como consecuencia del empleo, sin que importe el que el empleado haya onosufrido lesión (Ej. miembros artificiales, dentadura postiza, espejuelos). Usted también tiene derecho a ser reembolsado por medicinas, muletas, o cualquier otro implemento debidamente recetado por su médico y por transportación u otro gasto necesario para ir al médico ó al hospital. (Obtenga recibos para justificar gastos.)
8. No es obligatorio el estar representado en ninguno de los procedimientos de la Junta, pero es un derecho que usted tiene, el estar representado por abogado ó por representante licenciado si usted así lo desea. Si es representado, no pague al abogado ó al representante licenciado. Cuando la Junta decida su caso, los honorarios serán determinados por la Junta y descontados de sus beneficios.
9. La compensación se paga inmediatamente, sin esperar por la adjudicación del caso, excepto cuando la reclamación es cuestionada. Si la reclamación es cuestionada en base a que la incapacidad no fue causada por un accidente relacionado con su trabajo ó por una enfermedad ocupacional ó por una lesión en el cumplimiento de su deber como bombero voluntario ó como miembro voluntario del cuerpo de ambulancia, usted puede tener derecho a recibir beneficios por incapacidad (para lesiones fuera del trabajo). Si su reclamación es cuestionada y no está recibiendo beneficios por incapacidad, comuníquese con cualquier oficina de la Junta.
10. Regrese a su trabajo tan pronto pueda. La compensación nunca es tan alta como su sueldo. Si necesita ayuda para regresar al trabajo ó para resolver problemas financieros ó personales por causa de la lesión sufrida, comuníquese con la oficina más cercana de la Junta y solicite hablar con un trabajador social o con un consejero de rehabilitación.
11. Su patrono no puede solicitar que usted le releve de su derecho a compensación, ni puede descontar cantidad alguna de su paga para contribuir al pago de las primas del seguro. Usted no podrá ser despedido ni penalizado por radicar una reclamación en la Junta.

SI TIENE DIFICULTAD EN CONSEGUIR UN FORMULARIO DE RECLAMACIÓN O NECESITA AYUDA PARA LLENARLO Ó TIENE DUDAS SOBRE CUALQUIER SITUACIÓN RELACIONADA CON UNA LESIÓN O ENFERMEDAD COMUNIQUESE CON LA OFICINA MAS CERCANA DE LA JUNTA.

Este resumen es una compilación de los puntos más importantes de sus derechos bajo la ley de compensación obrera. La sección 110 de la ley requiere de su patrono ofrecerle esta información.

PMA Insurance Group
PO Box 25250
Lehigh Valley PA 18002-5250



ZACHARY S. WEISS
PRESIDENTE

DOWNSTATE CENTRALIZED MAILING (for New York City, Hempstead, Hauppauge & Peekskill Districts) PO Box 5205 Binghamton, NY 13902-5205	100 Broadway Menands ALBANY 12241 (866) 750-5157	State Office Building 44 Hawley Street BINGHAMTON 13901 (866) 802-3604	Statler Towers 107 Delaware Ave. BUFFALO 14202 (866) 211-0645	935 James St. SYRACUSE 13203 (866) 211-0644
--	---	---	--	---

NYC (800)877-1373/ Hemp. (866)805-3630/ Haup. (866)681-5354/ Peek. (866)746-0552

La NOTIFICACION CON RESPECTO A PROBAR DIAGNOSTICO BAJO UN RECLAMO de la COMPENSACION de TRABAJADORES

Lea por favor esta nota con cuidado. Le proporciona con información importante a conseguir probar diagnóstico tal como MRI, CT Escudriña y RADIOGRAFIA por un reclamo de la compensación de trabajadores bajo una nueva ley decretada en el 2007 de Marzo.

El 11 de Julio de 2007, PMA ha firmado un contrato con ciertas redes diagnósticas para hacer las pruebas disponibles tales como esos mencionado arriba a trabajadores heridos para su herida o la enfermedad trabajo-relacionados. Esto no cambia su derecho de conseguir el probar, si ordenado por un médico, y si el probar es relacionado a la herida del trabajo. Sólo significa que usted debe experimentar tales pruebas con un proveedor o en una facilidad que es afiliada con las redes listó abajo. Estas redes y su información del contacto, son:

MedFocus Radiology Network (800) 398-8999

One Call Medical (800) 872-2875

Genex Services (800) 310-3926

Si usted requiere probar diagnóstico para una herida trabajo-relacionado, usted debe planificar eso probando por uno de estas redes a menos que:

- Una emergencia médica ocurre requiriendo una prueba diagnóstica inmediata o
- La red contratada no tiene a un proveedor ni la facilidad capaces de realizar el examen ni la prueba dentro de una distancia razonable (TBD) de su residencia ni el lugar del empleo

Si usted tiene cualquier pregunta o problemas, por favor llame a PMA al 1-888-476-2669 o la Compensación de Trabajadores de NY al 1-877-632-4996 o el Abogado de Trabajadores Heridos de NY al 1-800-580-6665, o usted puede encontrar información adicional en la telaraña en www.wcb.state.ny.us.

La NOTIFICACION CON RESPECTO A BENEFICIOS de FARMACIA de COMPENSACION de TRABAJADORES

Lea por favor esta nota con cuidado. Le proporciona con información importante a conseguir la medicina bajo un reclamo de la compensación de trabajadores bajo una nueva ley decretada en el 2007 de Marzo.

El 07 de Julio de 2007 PMA ha entrado en acuerdos con la Red de Farmacia de Venta al por menor de Tmesys y la farmacia de entrega a domicilio de PMSI para hacer disponibles a los trabajadores de medicinas pueden recibir para su herida o la enfermedad trabajo-relacionados. Esto no cambia su derecho de conseguir la medicina necesaria para tratar tal enfermedad ni la herida. Sólo significa que usted debe obtener esa medicina de estas farmacias.

Si usted obtiene su medicina por un reclamo de la compensación de trabajadores, usted necesita obtener esa medicina de uno de estas farmacias a menos que:

- Usted tiene una emergencia médica y no es razonablemente posible comprar las medicinas que usted necesita para esa emergencia
- Un de venta por correo, farmacia de teléfono o Internet no es una opción en la red, ninguna farmacia en la red entregará a usted, y a ninguno de estas farmacias está dentro de diez millas si usted vive en un área rural, o en una milla si no. Si usted cree que esto es el caso para usted, por favor llame a PMA al 1-888-476-2669.

Por favor nota que la Red de Farmacia de Venta al por menor de Tmesys incluye pero no es limitada a CV, Duane Reade, Eckerd, Rite Aid, Walgreens, K-Mart, Medicine Shoppe, Wal-Mart, Kinney Drugs, Wegmans, Harvey Drugs, y a muchos otros para la prescripción el servicio por teléfono o con acceso directo. Si su farmacia no es listada, contacta por favor el Escritorio de Ayuda de Tmesys al 1-800-964-2531 o la visita Tmesys en línea en www.pmsionline.com y escoge el "Pharmacy Locator (Localizador de Farmacia)" bajo el menú rápido de conexiones.

El programa de PMA incluye también el servicio de entrega a domicilio de prescripción de PMSI. Si usted no puede localizar una farmacia de Tmesys dentro de una distancia razonable, o usted prefiere recibir su medicina por el correo, PMSI coordinará la autorización para sus medicinas directamente con su médico y PMA reclama a tratante. No hay papeleo para usted llenar, y PMA es facturado directamente, así que usted no tiene gasto incurrido. Para más información, o para colocar su orden de entrega a domicilio con PMSI, por favor llame al **1-800-237-7676, Extensión: 87602** (el lunes por el viernes, 9 de la mañana a 8 de la tarde. EST)

Todas farmacias dentro de la Red de Farmacia de Venta al menor de Tmesys son requeridas a mantener una acciones suficientes de la medicina a la mano para que ellos le puedan atender a sin demora indebida. Ellos deben estar también abiertos para el negocio durante horas que son típicas en su comunidad, y deben anunciar un signo que indica que ellos sirven a trabajadores heridos que reciben sus beneficios de PMA. Estas farmacias facturarán directamente Tmesys por su procesamiento en línea tan usted no tendrá que pagar del bolsillo.

Si usted tiene cualquier pregunta o los problemas, por favor llame a PMA al 1-888-476-2669 o a la Compensación de Trabajadores de NY al 1-877-632-4996 o el Abogado para Trabajadores Heridos de NY al 1-800-580-6665, o usted pueden encontrar información adicional en la telaraña en www.web.state.ny.us.

Favor de notar, cualquier farmacia listó en esta nota que se niega a procesar sus prescripciones por el programa de Tmesys deben ser informadas a PMA llamando 1-800-476-2669. Una negativa persistente de la farmacia para conformarse con las nuevas Regulaciones de la Compensación de Trabajadores serán el motivo suficiente para la Compensación de Trabajadores de NY de quitar esa farmacia de cualquier red de farmacia o para impedir esa farmacia de tomar parte en cualquier red de farmacia bajo las Regulaciones de la Compensación de Trabajadores de Nueva York. Todos incidentes de este tipo serán informados a Tmesys para manejar y resolución.

AUTORIZACIÓN DE REMISIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Para que su reclamo sea evaluado completamente con el propósito de determinar su legibilidad de recibir beneficios, debe firmar la siguiente autorización. Por favor, nota que la cantidad y tipo de información solicitada siguiendo esta autorización, dependerá de la naturaleza del reclamo, pero será utilizada solamente para facilitar determinaciones en cuanto a la validez del reclamo, el pago de beneficios o la administración del programa del seguro por medio de donde el reclamo se haya hecho. Su aceptación de beneficios será considerada una aceptación de los términos de esta autorización médica, a menos que usted indique lo contrario por escrito. Su decisión de no autorizar la remisión de ninguna información descrita en este documento, no elimina ningún derecho que PMA o alguna otra entidad pueda tener bajo ley estatal o federal de obtener o revelar la información sin autorización. La autorización está sujeta a su revocación en cualquier momento excepto a la extensión de cualquier partido que ya haya actuado en la seguridad de él mismo. Cualquier revocación debe ser sometida por escrito al The PMA Insurance Group al PO Box 25250 Lehigh Valley, Pennsylvania 18002. Si no, entonces esta autorización seguirá su validez.

AUTORIZACIÓN PARA LA REMISIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente autorizo a cualquier empleador, compañía de seguros, agencia gubernamental, plan de pre-pago médico, organización de servicio, y cualquier médico, cirujano, terapeuta, farmacéuta o cualquier otro practicante licenciado en artes curanderas, y cualquier hospital, incluyendo la administración de los veteranos, o compañía de transportación médica, de remitir a cualquier de las compañías de PMA Insurance Group (incluyendo The PMA Insurance Company y The PMA Management Corporation) y sus subsidiarios, afiliados, representantes y agentes (colectivamente PMA), cualquier y todos los registros médicos aplicables, información médica, e información de pago de beneficios con respecto a cualquier enfermedad, lesión, historia médica, prescripciones de consulta, tratamientos o beneficios, y copias de todos los registros aplicables de ellos, que pueda ser apropiado o necesario para obtener la validez de este reclamo. Esta autorización específicamente debe incluir, pero no estar limitado a, registros médicos, información médica e información de pago de beneficios pertinente o relacionados al tratamiento del SIDA, HIV, enfermedad mental, problemas médicos relacionados con drogas y alcohol.

Yo autorizo a PMA, mi empleador, sus representantes y agentes, a comunicarse, verbal y por escrito directamente con los médicos tratantes y proveedores médicos de cualquier tipo en cuanto a todos los hechos y opiniones relevantes en cuanto a mi reclamo de compensación laboral. Autorizo a cualquier otro médico tratante o proveedor médico a comunicarse verbal y por escrito directamente con PMA, mi empleador, sus representantes y agentes, con relación a todos los aspectos del tratamiento de la enfermedad o lesión por la cual estoy recibiendo o solicitando beneficios.

También autorizo a la Administración del Seguro Social a que remita a PMA información concerniente a fechas titulares y montos de beneficios para mí y mis dependientes.

Y mas allá, autorizo a PMA a remitir tal información médica a sus re-asegurados, abogados o a un panel de revisión de los mismos médicos, seguros de estado o agencias de fraude, vendedores de manejo de cuidado administrado, industria anti-fraude, organizaciones de seguridad del estado, organizaciones de reportes y estudios estadísticos, o a mi empleador y sus aseguradores en exceso hasta la extensión de que PMA considere que sea apropiado o necesario razonablemente para propósitos de la administración de su reclamo o el programa de seguros por medio de donde se ha hecho el reclamo. Entiendo que la información remitida a PMA por resultado de esta autorización no debe ser sujeta a ciertas protecciones dadas por The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996.

A menos que esta autorización sea revocada por mí por escrito, la misma debe estar válida por veinticuatro (24) meses desde la fecha escrita abajo. Una copia de esta autorización debe ser considerada tan válida como la original.

Firma del Empleado _____ Fecha _____

Nombre del Empleado _____

Toda persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona que presenta una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga cualquier información falsa, u oculte con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho del mismo material, comete un fraude de seguro, que es un delito, y también se someterán a pena civil que no exceda de \$5000 y el valor declarado de la reclamación por cada violación.