



Este formulario puede llenarse y enviarse por Internet en:
ohiobwc.com

Notifique su lesión llenando las tres secciones de este formulario

- 1** Llene todo lo que pueda en las tres secciones de este formulario para reducir el tiempo necesario para determinar el reclamo. Si el trabajador lesionado llena este formulario en su primera visita a un proveedor de servicios médicos, dicho trabajador lesionado podrá entregar el FROI al proveedor para que llene la sección con la información sobre el tratamiento. Luego el proveedor puede enviar el FROI a la Organización de cuidados dirigidos (MCO, por sus siglas en inglés).
- 2** Entregue, envíe por correo o por fax el documento debidamente llenado a su empleador o a la organización de cuidados dirigidos (MCO) de su empleador.
- 3** Si no sabe cuál es la MCO de su empleador, comuníquese con la Oficina de Compensación por Accidentes de Trabajo (BWC, por sus siglas en inglés) por el **1-800-OHIOBWC** y siga las instrucciones, o use la MCO del sitio Web de BWC en **ohiobwc.com**.
- 4** Si no puede determinar su MCO, envíe por correo o por fax este formulario a la oficina de servicio al cliente de BWC más cercana a su casa. Para información sobre las oficinas locales de servicio al cliente, sírvase visitar **ohiobwc.com**, o llamar al **1-800-OHIOBWC**.

Los empleados lesionados de un empleador con seguro propio

- Llenen este formulario y entréguelo a su empleador.
- Su empleador debe estar en capacidad de decirles si está autosegurado.
- Si su empleador está autosegurado y usted envía esta información a BWC, podría haber demoras en el procesamiento.

Para ayuda con este formulario, llame de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:45 p.m. al 1-800-OHIOBWC y marque el 9.

Cambridge
61501 Southgate Road
Cambridge, OH 43725
Teléfono: (740) 435-4200
Fax: (866) 281-9351

Garfield Heights
4800 E. 131 St.
Garfield Heights, OH 44105
Teléfono: (216) 584-0100
Línea gratuita: (800) 224-6446
Fax: (866) 457-0590

Mansfield
240 Tappan Drive, N.
P.O. Box 8051
Mansfield, OH 44906-8051
Teléfono: (419) 747-4090
Fax: (866) 336-8350

Canton
400 Third St., S. E.
Canton, OH 44702-1102
Teléfono: (330) 438-0638
Línea gratuita: (800) 713-0991
Fax: (866) 281-9352

Governor's Hill
8650 Governor's Hill Drive,
Cincinnati, OH 45249
Teléfono: (513) 583-4400
Fax: (866) 281-9357

Portsmouth
1005 Fourth St.
P.O. Box 1307
Portsmouth, OH 45662-1307
Teléfono: (740) 353-2187
Fax: (866) 336-8353

Cleveland
615 Superior Ave. W.
Cleveland, OH 44113-1889
Teléfono: (216) 787-3050
Línea gratuita: (800) 821-7075
Fax: (866) 336-8345

Hamilton
One Renaissance Center
345 High St.
Hamilton, OH 45011
Teléfono: (513) 785-4500
Fax: (866) 336-8343

Springfield
1 S. Limestone St. L-5
P.O. Box 1467
Springfield, OH 45501-1467
Teléfono: (937) 327-1425
Fax: (866) 457-0593

Columbus
30 W. Spring St.
Columbus, OH 43215-2256
Teléfono: (614) 728-5416
Fax: (866) 336-8352

Lima
2025 E. Fourth St.
Lima, OH 45804-4101
Teléfono: (419) 227-3127
Línea gratuita: (888) 419-3127
Fax: (866) 336-8346

Toledo
1 Government Center, Suite 1236
P.O. Box 794
Toledo, OH 43697-0794
Teléfono: (419) 245-2700
Fax: (866) 457-0594

Dayton
3401 Park Center Drive
P.O. Box 13910
Dayton, OH 45413-0910
Teléfono: (937) 264-5000
Fax: (866) 281-9356

Logan
1225 W. Hunter St.
P.O. Box 630
Logan, OH 43138-0630
Teléfono: (740) 385-5607
Línea gratuita: (800) 385-5607
Fax: (866) 336-8348

Youngstown
242 Federal Plaza, W., Suite 200
P.O. Box 1877
Youngstown, OH 44501-1877
Teléfono: (330) 797-5500
Línea gratuita: (800) 551-6446
Fax: (866) 457-0596

Instrucciones para llenar el formulario (continuación)

Información sobre el trabajador lesionado y la lesión, enfermedad o muerte	Apellido, nombre, inicial del segundo nombre			Número de Seguro Social		Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		Fecha de nacimiento		
	Dirección postal de la casa ①			Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				Número de dependientes		
	Ciudad		Estado	Código postal de 9 dígitos		País, si es diferente a Estados Unidos		Nombre del departamento ②		
	Salario \$ _____ Por: ③ <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Otro		¿Qué días de la semana trabaja usted normalmente? ④ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S		Horas regulares de trabajo de ____ a ____ ④				Ocupación o cargo ⑥	
	¿Le han ofrecido o espera recibir pago o salario por este reclamo de alguna entidad ajena a la Oficina de Compensación por Accidentes de Trabajo de Ohio (Ohio Bureau of Workers' Compensation)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. En caso afirmativo, sírvase explicar. ⑤									
	Nombre del empleador ⑦									
	Dirección postal (número y calle, ciudad o pueblo, estado, código postal y condado)									
	Localidad, si es diferente de la dirección postal									
	¿El lugar del accidente o la exposición fue en los predios del empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. En caso negativo, indique la localidad del accidente, dirección, ciudad, estado y código postal.									
	Fecha de la lesión o enfermedad ⑧		Hora de la lesión <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		En caso de muerte, escriba la fecha		Hora de inicio del trabajo <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		Última fecha que trabajó ⑨	Fecha de regreso al trabajo ⑩
	Fecha de empleo		Estado donde fue contratado ⑪		Fecha de notificación al empleador ⑫					
	Descripción del accidente (Describa la secuencia de los eventos que directamente lesionaron al empleado o produjeron la enfermedad o muerte) ⑬						Tipo de lesión o enfermedad y parte(s) del cuerpo afectada(s) (por ejemplo: esguince de la región lumbar izquierda, etc.) ⑭			
	<p><i>Solicitud de beneficios/divulgación de información médica – Estoy solicitando el reconocimiento de mi reclamo conforme a la Ley de Compensación por Accidentes de Trabajo de Ohio por lesiones relacionadas con el trabajo que no he causado deliberadamente. Solicito el pago permitido por indemnización y/o gastos médicos. Se autoriza el pago directo a los proveedores de servicios médicos. Entiendo que estoy autorizando al proveedor que me atiende, trata o examina a divulgar toda la información médica, psicológica y/o psiquiátrica que esté relacionada por causa o historial médico con las lesiones físicas o mentales relevantes a asuntos necesarios para la administración de mi reclamo al seguro de accidentes de trabajo, a la Oficina de Compensación por Accidentes de Trabajo de Ohio, a la Comisión Industrial de Ohio, al empleador indicado en este reclamo, a la organización de cuidados dirigidos de ese empleador y a cualquier otro representante autorizado. Autorizo además a la Comisión de Servicios de Rehabilitación de Ohio a facilitar información sobre mi condición física, mental, vocacional y social que esté relacionada por causa o historial médico con las lesiones físicas o mentales relevantes a asuntos necesarios para la administración de mi reclamo al seguro de accidentes de trabajo ante las partes antes mencionadas.</i></p>									
	Firma del trabajador lesionado ⑮		Fecha		Dirección de correo electrónico		Número de teléfono () ()		Teléfono del trabajo () ()	

Información sobre el trabajador lesionado y la lesión, enfermedad o muerte

- ① Dirección de la casa: ingrese la dirección de la casa donde vive el trabajador lesionado. Incluya el número de apartamento, si corresponde.
 - Si el correo no entrega correspondencia en la dirección de la casa, indique la dirección postal en lugar de la dirección de la casa.
- ② Nombre del departamento: ingrese el nombre del departamento o área a la cual el trabajador lesionado normalmente se presenta a trabajar.
- ③ Escala de salario: Ingrese el salario del trabajador lesionado y seleccione la frecuencia con que se recibe. (Si el pago que se reporta no es por hora, indique la cantidad bruta).
 - Si se faltará al trabajo durante ocho o más días, BWC necesita la información sobre el salario correspondiente a las 52 semanas anteriores a la fecha de la lesión. Indique la información de salarios utilizando los reportes de nómina del empleador, declaración de salarios (formulario C-94-A de BWC), formularios W2, etc.
- ④ ¿Qué días de la semana trabaja usted normalmente? ¿Cuáles son sus horas regulares de trabajo?: Ingrese los días y las horas que el trabajador lesionado normalmente trabaja.
 - Si los días trabajados varían de una semana a otra, indique el número de horas trabajadas en una semana promedio
- ⑤ Salarios: Si ha recibido salarios durante el período de discapacidad, sírvase explicar.
- ⑥ Ocupación o cargo: Ingrese el tipo de ocupación o cargo actual del trabajador lesionado en el momento de la lesión, enfermedad relacionada con el trabajo o muerte.
- ⑦ Nombre del empleador: Ingrese el nombre del empleador del trabajador lesionado en el momento de la lesión, enfermedad laboral o muerte.
- ⑧ Fecha de la lesión o enfermedad: Ingrese la fecha en que el trabajador lesionado sufrió la lesión. O, si el trabajador lesionado contrajo una enfermedad relacionada con el trabajo, determine cuál de los siguientes ocurrió más recientemente:
 - La enfermedad relacionada con el trabajo fue diagnosticada por un proveedor de servicios médicos;
 - El primer tratamiento médico;
 - El trabajador lesionado dejó de trabajar por primera vez debido a la enfermedad relacionada con el trabajo.
- ⑨ Última fecha que trabajó: Ingrese la última fecha que trabajó como resultado de esta lesión, enfermedad de trabajo o muerte.
- ⑩ Fecha de regreso al trabajo: Ingrese la fecha en que el trabajador lesionado se reintegró al trabajo después de la lesión o enfermedad de trabajo.
- ⑪ Estado donde fue contratado: Ingrese el estado donde el trabajador lesionado fue contratado por el empleador que aparece en esta solicitud.
- ⑫ Fecha de notificación al empleador: Ingrese la fecha en que el empleador fue notificado de la lesión, enfermedad laboral o muerte.
- ⑬ Descripción del accidente: Describa en detalle los eventos que ocasionaron la lesión, enfermedad relacionada con el trabajo o muerte. Incluya hojas adicionales si es necesario.
- ⑭ Tipo de lesión o enfermedad y parte del cuerpo afectada: Describa la naturaleza de la lesión, enfermedad relacionada con el trabajo o muerte. Indique la(s) parte(s) del cuerpo lesionada(s), afectada(s) o que produjeron la muerte.

Ejemplos:

 - Laceración del dedo gordo del pie, pie izquierdo, etc.;
 - Esguince de la región lumbar derecha, etc.
- ⑮ Firma del trabajador lesionado (trabajadores lesionados solamente): Sírvase leer la información relativa a beneficios, solicitud y divulgación de información médica antes de firmar y fechar este formulario.

Ingrese ésta como la fecha de la enfermedad de trabajo.

Las instrucciones continúan en la última página

Desprenda esta hoja y devuelva el formulario debidamente llenado a la organización de cuidados dirigidos (MCO) de su empleador o a la oficina local de servicio al cliente de BWC.



Bureau of Workers' Compensation

Primer informe de una lesión, enfermedad relacionada con el trabajo o muerte

Advertencia: Toda persona que obtenga compensación de BWC o de un empleador autoasegurado y que con conocimiento de causa proporcione datos falsos u oculte hechos, haga falsas declaraciones o acepte una compensación a la cual no tiene derecho, podrá ser sometida a un proceso judicial por fraude. (r.c. 2913.48)

(R.C. 2913.48)

Información sobre el trabajador lesionado y la lesión, enfermedad o muerte

Apellido, nombre, inicial del segundo nombre			Número de Seguro Social		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		Fecha de nacimiento		
Dirección postal de la casa			Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				Número de dependientes		
Ciudad		Estado	Código postal de 9 dígitos		País, si es diferente a Estados Unidos		Nombre del departamento		
Salario \$ _____		Por: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Otro _____		¿Qué días de la semana trabaja usted normalmente? <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S			Horas regulares de trabajo de _____ a _____		
¿Le han ofrecido o espera recibir pago o salario por este reclamo de alguna entidad ajena a la Oficina de Compensación por Accidentes de Trabajo de Ohio (Ohio Bureau of Workers' Compensation)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, sírvase explicar.							Ocupación o cargo		
Nombre del empleador									
Dirección postal (número y calle, ciudad o pueblo, estado, código postal y condado)									
Localidad, si es diferente de la dirección postal									
¿El lugar del accidente o la exposición fue en los predios del empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, indique la localidad del accidente, dirección, ciudad, estado y código postal.									
Fecha de la lesión o enfermedad		Hora de la lesión _____ <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		En caso de muerte, escriba la fecha		Hora de inicio del trabajo _____ <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		Última fecha que trabajó	Fecha de regreso al trabajo
Fecha de empleo			Estado donde fue contratado			Fecha de notificación al empleador			
Descripción del accidente (Describa la secuencia de los eventos que directamente lesionaron al empleado o produjeron la enfermedad o muerte)						Tipo de lesión o enfermedad y parte(s) del cuerpo afectada(s) (por ejemplo: esguince de la región lumbar izquierda, etc.)			
<p><i>Solicitud de beneficios/divulgación de información médica – Estoy solicitando el reconocimiento de mi reclamo conforme a la Ley de Compensación por Accidentes de Trabajo de Ohio por lesiones relacionadas con el trabajo que no he causado deliberadamente. Solicito el pago permitido por indemnización y/o gastos médicos. Se autoriza el pago directo a los proveedores de servicios médicos. Entiendo que estoy autorizando al proveedor que me atiende, trata o examina a divulgar toda la información médica, psicológica y/o psiquiátrica que esté relacionada por causa o historial médico con las lesiones físicas o mentales relevantes a asuntos necesarios para la administración de mi reclamo al seguro de accidentes de trabajo, a la Oficina de Compensación por Accidentes de Trabajo de Ohio, a la Comisión Industrial de Ohio, al empleador indicado en este reclamo, a la organización de cuidados dirigidos de ese empleador y a cualquier otro representante autorizado. Autorizo además a la Comisión de Servicios de Rehabilitación de Ohio a facilitar información sobre mi condición física, mental, vocacional y social que esté relacionada por causa o historial médico con las lesiones físicas o mentales relevantes a asuntos necesarios para la administración de mi reclamo al seguro de accidentes de trabajo ante las partes antes mencionadas.</i></p>									
Firma del trabajador lesionado			Fecha		Dirección de correo electrónico		Número de teléfono () ()	Teléfono del trabajo () ()	

Información sobre el tratamiento

Nombre del proveedor de servicios médicos		Número de teléfono () ()		Número de fax () ()		Fecha del tratamiento inicial	
Dirección		Ciudad		Estado		Código postal de 9 dígitos	
Diagnóstico(s): Incluir código(s) ICD							
<p>¿El trabajador lesionado faltará al trabajo durante ocho días o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿La lesión está relacionada de manera causal con el incidente industrial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>							
Firma del proveedor de servicios médicos				Número de proveedor de 11 dígitos de BWC		Fecha	

Información del empleador

Número de póliza del empleador			Marcar si		<input type="checkbox"/> El empleador está autoasegurado		
					<input type="checkbox"/> El trabajador lesionado es dueño, socio o miembro de la empresa		
Número de teléfono () ()		Número de fax () ()		Dirección de correo electrónico		Número de contribuyente federal	Número manual
¿El empleado fue tratado en una sala de emergencias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿El empleado pasó la noche hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si se proporcionó tratamiento fuera del lugar de trabajo, indique el nombre de la institución, dirección, ciudad, estado y código postal							
<input type="checkbox"/> Certificación - El empleador certifica que los datos contenidos en esta solicitud son correctos y válidos.				<input type="checkbox"/> Rechazo - El empleador rechaza la validez de este reclamo por el (los) motivo(s) siguiente(s):		Solamente para empleadores autoasegurados	
						<input type="checkbox"/> Aclaración - El empleador aclara y permite el reclamo por la(s) siguiente(s) condición(es): <input type="checkbox"/> Sólo médicas <input type="checkbox"/> Tiempo perdido	
Firma y cargo del empleador				Fecha		Número de caso de OSHA	

Instrucciones para llenar el formulario (continuación)

Información sobre el tratamiento	Nombre del proveedor de servicios médicos	Número de teléfono ()	Número de fax ()	Fecha del tratamiento inicial
	Dirección	Ciudad		Estado
	Código postal de 9 dígitos			
	Diagnóstico(s): Incluir código(s) ICD			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Firma del proveedor de servicios médicos		Número de proveedor de 11 dígitos de BWC		

Información sobre el tratamiento

- Indique el diagnóstico y los códigos de ICD correspondientes a las condiciones tratadas a consecuencia de la lesión.
- Indique la opinión médica del proveedor tratante, en cuanto a que la lesión sufrida está relacionada de manera causal con el incidente industrial, y que la lesión podría ser una consecuencia del método (manera) del accidente, según lo ha descrito el trabajador lesionado. Debe quedar claro que el diagnóstico es, con toda probabilidad, una consecuencia de la lesión.
- Firma del proveedor de servicios médicos que llena este formulario.
- Ingrese el número de proveedor de 11 dígitos del médico o proveedor de servicios médicos asignado por BWC.

Employer info.	<input type="checkbox"/> El empleador está autoasegurado <input type="checkbox"/> El trabajador lesionado es dueño, socio o miembro de la empresa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Número de póliza del empleador	Número de teléfono ()	Número de fax ()	Número manual
	Dirección de correo electrónico	Número de contribuyente federal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Certificación - El empleador certifica que los datos contenidos en esta solicitud son correctos y válidos.		<input type="checkbox"/> Rechazo - El empleador rechaza la validez de este reclamo por el (los) motivo(s) siguiente(s):		
Firma y cargo del empleador		<input type="checkbox"/> Solamente para empleadores autoasegurados <input type="checkbox"/> Aclaración - El empleador aclara y permite el reclamo por la(s) siguiente(s) condición(es):		
		Fecha	Número de caso de OSHA	

Información del empleador

- Ingrese el número de póliza del empleador asignado por BWC, que aparece en el certificado de cobertura de BWC.
- Ingrese el código de cuatro dígitos que indica la clasificación de empleo del trabajador lesionado, ubicado en el reporte de nómina semianual.
 - Si no sabe el número manual del trabajador lesionado, llame al **1-800-OHIOBWC** y marque el 9.
- Si se selecciona la certificación y se permite el reclamo, éste será pagado prontamente. Los empleadores que certifiquen un reclamo renuncian tanto al aviso de recibo como al aviso de primera orden de compensación.
- Si se selecciona el rechazo, use el espacio que se proporciona para indicar los motivos del rechazo. Incluya hojas adicionales si es necesario.
- Los empleadores autoasegurados que deciden aclarar la certificación pueden utilizar el espacio que se provee. Incluya hojas adicionales si es necesario.
- Si se trata de una lesión que puede reportarse conforme a OSHA, incluya el número de caso asignado por el empleador. Este formulario satisface los requisitos de OSHA 301 y puede usarse en lugar de OSHA 301 cuando se reportan lesiones y enfermedades al gobierno federal.

Nota:

Si su empleado falta al trabajo durante ocho días o más, BWC necesita información de salarios correspondiente a las 52 semanas anteriores a la fecha de la lesión. Sírvase enviar la información sobre salarios utilizando los reportes de nómina, declaraciones de salarios (formulario C-94-A de BWC), formularios W2, etc.