

Paquete Para Reportar Un Accidente

CareWorks

1-888-627-7586
www.careworks.com

Accidentes de Trabajo. Tome Los Pasos Correctos.

EMPLEADO ACCIDENTADO 4 INSTRUCCIONES

- 1 Inmediatamente notifique a su empleador.
- 2 Complete las primeras dos secciones de la forma del "BWC First Report of Injury" tan completamente como sea posible.
- 3 Este " Injury Reporting Packet" contiene una tarjeta de I.D. de CareWorks. Muestra esta tarjeta a cada proveedor medico que lo trate en relacion al accidente de trabajo.
- 4 Despues, obtenga atencion medica de un proveedor de la red de CareWorks*.

EMPLEADOR 2 INSTRUCCIONES

- 1 Complete el informe para el Bureau of Workers' Compensation (BWC) *FIRST REPORT OF INJURY FORM* (El Primer Informe de Accidente).
- 2 Envie por fax el formulario completo a CareWorks, gratis, al: 1-888-711-9284.

O puede llamarnos para reportar el accidente, gratuitamente al: 1-888-627-7586.

O informe su accidente en el internet. Visite CareWorks "Internet Injury Reporting Center" al: www.careworks.com

Ayudando a
Simplificar
el Primer
Informe de
Accidente
(FROI)

En caso de emergencia, los trabajadores accidentados inmediatamente deberían notificar a su empleador y así obtener tratamiento en la unidad medica mas cercana.

* Segun el Health Partnership Program (HPP) guidelines (instrucciones) los trabajadores accidentados pueden obtener tratamiento medico desde cualquier BWC certified medical provider (doctor).

CareWorks

1.888.627.7586
www.careworks.com

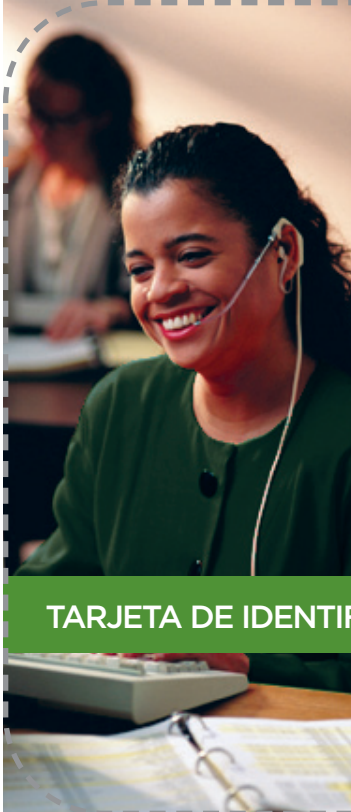


Primer informe de una lesión, enfermedad relacionada con el trabajo o muerte

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		¿Qué días de la semana trabaja usted normalmente?		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									
	¿El trabajador lesionado faltará al trabajo durante ocho días o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿La lesión está relacionada de manera causal con el incidente industrial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
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		



Su empleador ha escogido CareWorks para médicamente manejar sus beneficios de la compensación del trabajo. Si se lastimo en el trabajo, sigapor favor estos pasos importantes:

1. Notifique inmediatamente a su empleador y complete el BWC Primero Informe de forma de Herida (FROI) y FAX a CareWorks tan rápidamente como posible, peaje-liberta, en **1.888.711.9284**.
2. Si es incapaz de notificar a su empleador, por favor llame a CareWorks sin cargo al **1.888.627.7586** para reportar su accidente.
3. Muestre esta tarjeta a cada uno de los proveedores que lo trate en relacion al accidente de trabajo.

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MCO DE COMPENSACION DE TRABAJADORES

CareWorks



MEDICAL
MUTUAL™

SOLO PARA MANEJADORES DE LA COMPENSACION DE TRABAJO

ATENCION PROVEEDOR

Por la orden 4123-6-028 es requerido que usted informe las informe las heridas relacionadas del trabajo dentro de 24 horas.

ATENCION EMPLEADO

Esta tarjeta es solo para propositos de informacion.
Esta tarjeta no garantiza cubrimiento.

Mande Cuentas Médicas a:

CareWorks
c/o Medical Mutual of Ohio
P.O. Box 94748
Cleveland, Ohio 44101-4748

Servicio al Cliente: 1-888-627-7586

Reporte de Accidente Fax: 1-888-711-9284

Autorización Previa: 1-888-627-0074

Correo Electrónico: cwmedical@careworks.com

Internet: www.careworks.com



ACCREDITED
CASE MANAGEMENT

For prescription drug information, contact 1-800-OHIOBWC or visit www.ohiobwc.com.

CareWorks

LA INFORMACION PRINCIPAL



La Información Médica de la Administración

Fax la información medica a:

- 1-888-711-9284 (gratuitamente)

ENVIE la información medica a:

- CareWorks
P.O. Box 182726
Columbus, Ohio 43218-2726

LA AUTORIZACION PREVIA

- Fax la forma del C9 al
1-888-627-0074
(gratuitamente)



La Información Médica del Pago de la Cuenta

ENVIE las cuentas medicas a:

- CareWorks
P.O. Box 94748
Cleveland, Ohio 44101-4748

LAS PREGUNTAS DE SUS CUENTAS

- Llame el sevicio del cliente de CareWorks, gratuitamente al:
1-888-627-7586.



Otra Informacion Importante

Prescripciones

- Para preguntas de las prescripciones, por favor contacto BWC en 1-800-OHIOBWC o visita www.ohiobwc.com.

La Búsqueda del Proveedor e Informar de Herida

- Visite www.careworks.com para la cobertura en línea de la herida y búsquedas de proveedor.