

Reporte del Trabajador y del Proveedor Médico para Reclamaciones de Compensación para Trabajadores
(Worker's and Health Care Provider's Report for Workers' Compensation Claims)
Vea en el reverso de esta página las instrucciones en español
(See back of this page for instructions in Spanish)

Provider instructions

<p>The worker completes the worker section of this form for the following:</p>	<p>The worker does NOT complete the worker section of this form if the provider chooses to use it for the following:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • First report of injury or disease • Request for acceptance of a new or omitted medical condition (“Omitted” refers to a condition the worker thinks should have been included among the conditions accepted by the insurer.) If the worker checks this box, it initiates a claim processing decision by the insurer that may negatively affect the worker’s benefits. If the worker has questions, he or she may consult an attorney or the Ombudsman for Injured Workers at 1-800-927-1271 (toll-free). • Report of aggravation of original injury (“Aggravation” means the actual worsening of a compensable condition resulting from the original injury.) • Notice of change of attending physician or nurse practitioner.* This means the new provider will be primarily responsible for treatment. Being primarily responsible does NOT include: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Treatment on an emergency basis</i> • <i>Treatment on an “on-call” basis</i> • <i>Consulting</i> • <i>Specialist care (unless the specialist assumes complete control of care)</i> • <i>Exams done at the request of the insurer or the Workers’ Compensation Division</i> <p>*Oregon nurse practitioners, chiropractic physicians, naturopathic physicians, and physician assistants must certify with the Workers’ Compensation Division to treat workers’ compensation patients and get paid.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Progress report • Closing report • Palliative care request (Palliative care makes the worker feel better but does not cure a condition. The worker must be in the workforce or in a vocational program to be eligible for palliative care.) The following are not palliative care: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Prescriptions, prosthetics, braces, and doctors’ appointments to monitor them</i> • <i>Diagnostic services</i> • <i>Life-preserving treatments</i> • <i>Curative care to stabilize an acute waxing and waning of symptoms</i> • <i>Services to a permanently and totally disabled worker</i> <p>When requesting palliative care approval from the insurer, include the following in your request:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Who will provide the care</i> • <i>Modalities ordered, including frequency and duration</i> • <i>How the need for care is related to the accepted conditions</i> • <i>How the care will enable the worker to continue current work or vocational training.</i>
<p>After the worker has completed and signed Form 827s, give the worker copies of Form 827s and Form 3283s (included with this packet) immediately.</p>	<p>For these reports, you have the option of filing Form 827s, submitting chart notes, or submitting a report that includes data gathered on Form 827s.</p>

Questions about name/address of insurer: 503-947-7814 or WorkCompCoverage.wcd.oregon.gov
Questions about medical issues: Contact the medical resolution team at 503-947-7606.
For health care providers: www.OregonWCdoc.info

Instrucciones para el Proveedor

<p>El trabajador debe completar esta forma en las siguientes circunstancias:</p>	<p>El trabajador NO debe completar la sección que le corresponde en este formulario para lo siguiente:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Primer reporte de lesión o enfermedad • Solicitud para aceptación de una condición médica nueva u omitida (“Omitida” se refiere a una condición que el trabajador piensa que debería haber sido incluida entre las condiciones aceptadas por la aseguradora.) Si el trabajador marca este casillero, inicia una decisión de procesamiento de reclamación por la aseguradora lo cual puede afectar negativamente los beneficios del trabajador. Si el trabajador tiene preguntas, él o ella pueden consultar con un abogado o con el Ombudsman para Trabajadores Lesionados llamando gratis al 1800-927-1271. • Reporte de agravación de la lesión original (“Agravación” significa el empeoramiento actual de una condición médica aceptada que resulta de la lesión original.) • Notificación de cambio de proveedor médico o enfermera(o) practicante * Esto significa que el nuevo proveedor médico será primariamente responsable por el tratamiento. Ser primariamente responsable NO incluye: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tratamiento en caso de emergencia</i> • <i>Tratamiento por un médico de turno (on-call)</i> • <i>Consulta médica</i> • <i>Tratamiento por un médico especialista (a menos de que el especialista asuma control completo del cuidado médico)</i> • <i>Exámenes médicos a pedido de la aseguradora o la División de Compensación para Trabajadores</i> <p>*Enfermeros practicantes de Oregon, doctores quiroprácticos, doctores naturópatas, y asistentes médicos deben tener certificación de la División de Compensación para Trabajadores para tratar pacientes con seguro de compensación para trabajadores y recibir pago.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reporte de progreso • Clausura del reporte • Solicitud de cuidado paliativo (Cuidado Paliativo es un servicio médico que puede ayudar al trabajador a sentirse mejor, pero que no va a curar una condición médica. Para calificar para cuidado paliativo el trabajador debe estar trabajando, o estar en un programa vocacional.) Los siguientes no son servicios de cuidado paliativo: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Prescripciones médicas, dispositivos prostéticos, soportes (braces), y citas médicas para control y monitoreo</i> • <i>Servicios de diagnóstico</i> • <i>Tratamientos para preservar la vida</i> • <i>Cuidados curativos para estabilizar un severo aumento y disminución de síntomas</i> • <i>Servicios provistos a un trabajador incapacitado total y permanentemente</i> <p>Para solicitar aprobación de la aseguradora para cuidado paliativo, incluya lo siguiente en su solicitud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Quién proveerá el cuidado paliativo</i> • <i>Modalidades ordenadas, incluyendo la frecuencia y duración</i> • <i>Cómo se relaciona la necesidad del cuidado con la condición aceptada</i> • <i>Cómo el cuidado permitirá que el trabajador continúe con el trabajo actual o entrenamiento vocacional</i>
<p>Después de que el trabajador llena y firma el Formulario 827s, inmediatamente entregar al trabajador copias del Formulario 827s y el Formulario 3283s (incluido en este paquete).</p>	<p>Para estos reportes, usted tiene la opción de llenar la forma 827s, presentar notas, o reportes que incluyen información obtenida del formulario 827s.</p>

Para preguntas acerca del nombre o dirección de la aseguradora: 503-947-7814 or WorkCompCoverage.wcd.oregon.gov
Para preguntas acerca de asuntos médicos: Llame a la medical resolution team at 503-947-7606
Para proveedores del cuidado de la salud visite: www.OregonWCdoc.info

Reporte del Trabajador y del Proveedor Médico para Reclamaciones de Compensación para Trabajadores
(Worker's and Health Care Provider's Report for Workers' Compensation Claims)

OPTIONAL
WCD employer no.: _____
Policy no.: _____

Note to Provider: Ask the worker to complete this form **ONLY** for the four filing reasons in the worker's section; do not have the worker complete or sign form if this is a progress report, closing report, or palliative care request.

Trabajador o Proveedor Médico (Worker or provider)	Nombre legal del trabajador, dirección, y dirección postal (Worker's legal name, street address, and mailing address):	Idioma de preferencia (Language preference):	Masculino/ Femenino (Male/female) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Número de Seguro Social (vea Forma 3283s) (Social Security no. (see Form 3283s)):	Dept. Use Ins. no.
		Número de reclamación (si lo sabe) (Claim no. (if known)):	Fecha y hora de la lesión o enfermedad inicial (Date/time of original injury) (mes, día, año):		Nature
	Teléfono (Phone):	Fecha de nacimiento: (Date of birth) (mes, día, año)	Ocupación (Occupation):	Ultimo día de trabajo: (Last date worked) (mes, día, año)	Part
	Nombre y dirección del empleador al momento de la lesión original (Employer at time of original injury — name and street address):	Nombre y teléfono de la compañía de seguro de salud (Health insurance company name and phone):			Event
		Nombre y dirección de la compañía aseguradora de compensación para trabajadores (Workers' compensation insurer's name, address):			Source
	Teléfono (Phone):				Assoc. object

Trabajador: Marque la casilla apropiada, conteste las preguntas (si hay algunas), y firme abajo.

Trabajador (Worker)	<input type="checkbox"/> Primer reporte de lesión o enfermedad ocupacional (No firme si usted no tiene la intención de registrar una reclamación.) (First report of injury or disease (Do not complete or sign if you do not intend to make a claim.))	Marque aquí si tiene más de un empleador. <input type="checkbox"/> (Check here if you have more than one job.)
	Se ha lesionado la misma parte del cuerpo anteriormente? (Have you injured the same body part before?) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si contesto sí, cuando: (If yes, when:) _____	Describe el accidente (Describe accident):
	<input type="checkbox"/> Solicitud para aceptación de una condición médica nueva u omitida en una reclamación existente El marcar este casillero, inicia decisiones de reclamación que pueden afectar sus beneficios. Si usted tiene preguntas consulte con su abogado o con el Ombudsman para Trabajadores Lesionados llamando gratis al 1800-927-1271 (Request for acceptance of a new or omitted medical condition on an existing claim. Checking this box initiates claim processing decisions that may affect your benefits. If you have questions, consult with your attorney or the Ombudsman for Injured Workers at 1-800-927-1271 (toll-free).) Condición (Condition): _____	
	<input type="checkbox"/> Cambio de médico primario o enfermera(o) practicante (Notice of change of attending physician or nurse practitioner) Razón para cambio (Reason for change): _____	
	<input type="checkbox"/> Reporte de agravamiento de la lesión original (empeoramiento actual de la condición compensable) (Report of aggravation of original injury (actual worsening of a compensable condition))	

Al firmar este formulario, yo autorizo a los proveedores médicos y otros custodios de los expedientes de mi reclamación para proveer los expedientes médicos relevantes. Yo certifico que la información arriba provista es verdadera en el mejor de mi conocimiento y creencia. (Vea el reverso del formulario.)
(By signing this form, I authorize health care providers and other custodians of claim records to release relevant medical records. I certify that the above information is true to the best of my knowledge and belief. (See back of form.))

Firma del trabajador (Worker's signature) _____
 Fecha (Date) _____

Provider: If worker initiated this report, give worker a copy immediately.

Provider	If the worker filed this report for:	To get the name and address of the insurer, call the Workers' Compensation Division's Employer Index 503-947-7814, or visit online: WorkCompCoverage.wcd.oregon.gov To order supplies of this form, call 503-947-7627.				
	<ul style="list-style-type: none"> First report of injury or illness – Send this form to the workers' compensation insurer within 72 hours of visit. New or omitted medical condition – Attach chart notes that explain how this condition is causally related to the compensable injury. Send this form to the insurer within five days of visit. Change of attending physician or nurse practitioner – By signing this form, you acknowledge that you accept responsibility for the care and treatment of the above-named worker. Send this form to the insurer within five days after the change or the date of first treatment. Check the following, if applicable: <input type="checkbox"/> I request insurer to send its records. Aggravation of original injury – Sign this form and send it to insurer within five days of visit. 					
	If filing for progress report, closing report, or palliative care request, check the appropriate box below.					
	<input type="checkbox"/> Progress report OR <input type="checkbox"/> Closing report (See instructions in Bulletin 239.) <input type="checkbox"/> Palliative care request – Complete remainder of form, except Section b. Attach a palliative care plan; state how care relates to the compensable condition, how care will enable worker to continue work or training, adverse effect on worker if care not provided.					
	<table border="1"> <tr> <td>Date/time of first treatment:</td> <td>Last date treated:</td> <td>Was worker hospitalized as an inpatient? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, name hospital:</td> </tr> <tr> <td>Next appointment date:</td> <td>Est. length of further treatment:</td> <td>Current diagnosis per ICD-10-CM codes:</td> </tr> </table>		Date/time of first treatment:	Last date treated:	Was worker hospitalized as an inpatient? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, name hospital:	Next appointment date:
Date/time of first treatment:	Last date treated:	Was worker hospitalized as an inpatient? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, name hospital:				
Next appointment date:	Est. length of further treatment:	Current diagnosis per ICD-10-CM codes:				

Provider	<table border="1"> <tr> <td>Has the injury or illness caused permanent impairment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Impairment expected <input type="checkbox"/> Unknown</td> <td>Medically stationary? <input type="checkbox"/> Yes (date): _____ <input type="checkbox"/> No (anticipated date): _____</td> <td>(Attach findings of impairment, if any.)</td> </tr> </table>	Has the injury or illness caused permanent impairment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Impairment expected <input type="checkbox"/> Unknown	Medically stationary? <input type="checkbox"/> Yes (date): _____ <input type="checkbox"/> No (anticipated date): _____	(Attach findings of impairment, if any.)
	Has the injury or illness caused permanent impairment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Impairment expected <input type="checkbox"/> Unknown	Medically stationary? <input type="checkbox"/> Yes (date): _____ <input type="checkbox"/> No (anticipated date): _____	(Attach findings of impairment, if any.)	
<table border="1"> <tr> <td>Work ability status:</td> <td> <input type="checkbox"/> Regular work (job at injury) authorized start (date): _____ <input type="checkbox"/> Modified work authorized from (date): _____ through (date, if known): _____ <input type="checkbox"/> No work authorized from (date): _____ through (date, if known): _____ </td> </tr> </table>	Work ability status:	<input type="checkbox"/> Regular work (job at injury) authorized start (date): _____ <input type="checkbox"/> Modified work authorized from (date): _____ through (date, if known): _____ <input type="checkbox"/> No work authorized from (date): _____ through (date, if known): _____		
Work ability status:	<input type="checkbox"/> Regular work (job at injury) authorized start (date): _____ <input type="checkbox"/> Modified work authorized from (date): _____ through (date, if known): _____ <input type="checkbox"/> No work authorized from (date): _____ through (date, if known): _____			

Chart notes: Attach chart notes to this form. The notes should specifically describe: symptoms; objective findings; type of treatment; lab/x-ray results (if any); impairment findings (if any, and note whether temporary or permanent); physical limitations (if any); palliative care plan (specify rendering provider, modalities, frequency, and duration); if referred to another physician, give the name and address; surgery; and history (if closing report).

Provider's name, degree, address, and phone: (print, type, or use stamp) X _____ Provider's signature _____ Date _____	— Original and one copy to insurer — Retain copy for your records — Copies (include Form 3283s) to worker immediately if initial claim, new or omitted medical condition claim, aggravation claim, or change of attending physician or nurse practitioner
--	---

Notificación al trabajador (Notice to worker)

Aceptación o Rechazo de Reclamación

En la mayoría de los casos usted recibirá notificación escrita de parte de la compañía aseguradora de su empleador aceptando o rechazando su reclamación antes de 60 días. Si su empleador está asegurado por sí mismo, el aviso le será enviado por su empleador o la compañía que el empleador haya contratado para procesar sus reclamaciones de compensación para trabajadores. Si su reclamación es rechazada, se le explicará las razones del rechazo y sus derechos.

Atención médica

El proveedor médico debe avisarle si hay algún límite con los servicios médicos que él o ella pueden proveer bajo el sistema de compensación para trabajadores de Oregon.

Si su reclamación es aceptada, la aseguradora o el empleador asegurado por sí mismo pagarán todos los costos médicos relacionados con la lesión, incluyendo reembolsos por prescripciones médicas, transportación, comidas, alojamiento, y otros gastos relacionados con el tratamiento de su condición hasta por el máximo establecido. Su petición para reembolso deberá hacerse por escrito y deberá incluir copias de los recibos. Los pagos de servicios médicos no se reembolsarán antes de la aceptación de su reclamación. Si su reclamación es rechazada no se pagarán las cuentas, con algunas excepciones. Póngase en contacto con su aseguradora si tiene preguntas acerca de quien pagará sus gastos médicos.

Pagos por tiempo perdido de trabajo

Para que usted reciba pagos por el tiempo perdido de trabajo, su proveedor médico deberá notificar a la aseguradora o al empleador asegurado por sí mismo de su incapacidad para trabajar. Usted no recibirá pago por los tres primeros días calendarios que no pueda trabajar, a menos que usted esté totalmente incapacitado por 14 días calendarios consecutivos, o usted sea internado en un hospital dentro de los 14 días a partir del principio de la incapacidad total.

Usted continuará recibiendo cheques cada dos semanas durante el período de su recuperación siempre y cuando su proveedor médico verifique su incapacidad para trabajar. Estos cheques continuarán hasta que usted regrese al trabajo, o se determine que la continuación del tratamiento no mejorará su condición. Sus beneficios por tiempo perdido de trabajo serán dos tercios del pago bruto de su salario semanal al momento del accidente, hasta el máximo establecido bajo la ley de Oregon.

Autorización para compartir información sobre expedientes médicos

Al firmar este formulario, usted autoriza a los proveedores de servicios médicos y otros custodios de los expedientes de su reclamación para que compartan información pertinente con la aseguradora de compensación para trabajadores, el empleador auto-asegurado, el administrador del reclamo, y con el Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios. Los expedientes médicos que contienen información relevante a la reclamación incluyen su historial de tratamientos anteriores por la misma condición o lesión de la misma parte del cuerpo. Una autorización de HIPPA no es requerida (45CFR 164.512(I)). Para compartir récords sobre el HIV/AIDS (SIDA), ciertos tratamientos de drogadicción o alcoholismo y otros records protegidos por la ley estatal o federal se requiere una autorización separada.

Advertencia en contra de hacer declaraciones falsas

Cualquier persona que intencionalmente hace declaraciones o representaciones falsas con el propósito de obtener cualquier beneficio o pago, está cometiendo un delito menor Clase A bajo el Estatuto Revisado de Oregon ORS 656.990(1).

Cuidado Paliativo

Cuidado Paliativo es un servicio médico que puede ayudarle a sentirse mejor, pero que no lo va a curar de su condición médica. Para calificar para cuidado paliativo usted debe estar trabajando, o en un programa vocacional.

Los siguientes **no** son considerados como cuidado paliativo:

- Prescripciones médicas, dispositivos prostéticos, soportes (braces), y citas médicas para control y monitoreo
- Servicios de diagnóstico
- Tratamientos para preservar la vida;
- Cuidados curativos para estabilizar un severo aumento y disminución de síntomas
- Servicios provistos a un trabajador incapacitado total y permanentemente

Si tiene alguna pregunta acerca de su reclamación que su empleador o compañía aseguradora no hayan podido resolver, póngase en contacto con:

Workers Compensation Division
(División de Compensación para Trabajadores)
P.O. Box 14480, Salem, OR 97309-0405
Salem: 503-947-7585
Toll-free: 800-452-0288

Ombudsman for Injured Workers
(Ombudsman para Trabajadores Lastimados)
350 Winter Street NE, Salem, OR 97301-3878
Salem: 503-378-3351
Toll-free: 800-927-1271

Una Guía para Trabajadores Lesionados Recientemente en el Trabajo

¿Cómo presento un reclamación?

- Lo más pronto posible notifique de su lesión o enfermedad en el trabajo a su empleador y a un proveedor médico **de su elección**. Su empleador no puede elegir el proveedor médico para usted.
- Pregunte a su empleador el nombre de su compañía de compensación para trabajadores.
- Complete la **Forma 801, “Reporte de Lesión o Enfermedad en el Trabajo”** la forma puede ser obtenida de su empleador. También llene la **Forma 827, “Reporte del Trabajador y del Proveedor Médico para Reclamaciones de Compensación para Trabajadores”** esta forma puede ser obtenida de su proveedor médico.

¿Cómo obtengo tratamiento médico?

- Usted puede recibir tratamiento médico de un proveedor médico **de su elección**, incluyendo:
 - Enfermeras(os) practicantes autorizadas(os)
 - Médicos Quiroprácticos
 - Médicos
 - Médicos Naturopáticos
 - Cirujanos Orales
 - Médicos Osteopáticos
 - Asistentes de doctor
 - Médicos Podólogos
 - Otros proveedores médicos
- La compañía de seguros puede inscribirlo en una organización de manejo del cuidado médico a cualquier momento. Si la compañía lo hace, usted recibirá más información acerca de las opciones para tratamiento médico.

¿Existen limitaciones en mi tratamiento médico?

- **Los proveedores de cuidado médico pueden tener limitaciones en cuanto a la duración de su tratamiento y en cuanto a la autorización de pago por tiempo fuera del trabajo.** Pregunte a su proveedor médico cuales son las limitaciones que pueden aplicarse.
- **Si su reclamación es negada, es posible que usted tenga que pagar por su tratamiento médico.**

Si no puedo trabajar, ¿recibiré pagos por salario perdido?

- Es posible que no pueda trabajar debido a su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Para que usted pueda recibir pago por tiempo fuera del trabajo, su proveedor médico debe enviar una autorización escrita a la aseguradora.
- Generalmente, usted no recibirá pagos por tiempo perdido por los tres primeros días calendario.
- Es posible que reciba pago por los tres primeros días calendario, si usted pierde de trabajar por 14 días consecutivos, o es hospitalizado durante un día incluyendo la noche.
- Si su reclamación es negada dentro de los primeros 14 días, no se le pagará por ningún salario perdido.
- Mantenga informado a su empleador acerca del estado de la reclamación y coopere con los esfuerzos para que regrese a trabajar en un trabajo modificado o liviano.

¿A quién puedo llamar si tengo preguntas acerca de mi reclamación?

- La compañía de seguros o su empleador pueden responder a sus preguntas.
- También puede llamar a los siguientes números:

Ombudsman para Trabajadores Lesionados:

Número gratuito: 1-800-927-1271

Email: oiw.questions@oregon.gov

Sección de Resolución de Compensación para Trabajadores:

Número gratuito: 1-800-452-0288

Email: workcomp.questions@oregon.gov

¿Debo proveer mi número de seguro social en las formas 801 y 827? ¿Para qué será usado? Usted no necesita tener un número de seguro social para recibir beneficios de compensación para trabajadores. Si usted tiene número de seguro social y no lo provee, la División de Compensación para Trabajadores (WCD) del Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios lo obtendrá de su empleador, de su aseguradora de compensación para trabajadores, o de otros recursos. WCD puede usar su número de seguro social para intercambio de datos con el Departamento de Empleo, corregir identificación y procesamiento de reclamaciones, cumplimiento, investigación, administración de un programa para trabajadores lesionados, comparación de datos con otras agencias del estado para medir la efectividad de programas de WCD, actividades para prevención de lesiones, y para proveerlo a agencias federales en el programa de Medicare para su uso como está requerido por la ley federal. Las siguientes leyes autorizan a WCD a obtener su número de seguro social: the Privacy Act of 1974, 5 USC § 552a, Section (7)(a)(2)(B); Oregon Revised Statutes chapter 656; and Oregon Administrative Rules chapter 436 (Workers' Compensation Board Administrative Order No. 4-1967).