

DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

HOJA INFORMATIVA

¿Qué es la compensación de trabajadores?

Si usted se lesiona en el trabajo, su empleador está obligado por ley a pagarle los beneficios de compensación de trabajadores. Usted podría lesionarse por:

Un incidente en el trabajo. Ejemplos: lastimarse la espalda al caerse, quemarse con un producto químico que le salpica la piel, lesionarse en un accidente automovilístico mientras hace entregas.

-O-

Exposiciones repetidas en el trabajo. Ejemplos: lastimarse la muñeca por hacer movimientos repetitivos, perder la audición debido a la presencia de ruidos fuertes y constantes.

¿Cuáles son los beneficios?

- **Atención médica:** Pagada por su empleador, para ayudarle a recuperarse de una lesión o enfermedad causada por el trabajo.
- **Beneficios por incapacidad temporal:** Pagos que usted recibe por los salarios perdidos si su lesión le impide hacer su trabajo habitual mientras se recupera.
- **Beneficios por incapacidad permanente:** Pagos que usted recibe si no se recupera completamente.
- **Beneficios suplementarios por la pérdida de trabajo** (si usted se lesionó durante o después del año 2004): Vales que ayudan a cubrir el costo de capacitación o desarrollo de habilidades en caso de que usted no se recupere por completo y no regrese a trabajar para su empleador.
- **Beneficios por muerte:** Pagos que recibe su cónyuge, sus hijos u otros dependientes en caso de su muerte a causa de una lesión o enfermedad laboral.

¿Qué debo hacer si me lesiono en el trabajo?

Informe a su empleador sobre la lesión que ha sufrido

Infórmele inmediatamente a su supervisor. Si su lesión o enfermedad se desarrolló gradualmente (como la tendinitis o la pérdida de audición), infórmelo tan pronto como se entere o usted considere, que la lesión fue causada por su trabajo.



Fotos por Robert Gumpert

Reduce al mínimo el impacto de las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo



Ayuda a resolver las disputas sobre los beneficios de compensación de trabajadores



Supervisa la administración de los reclamos

Reciba atención de emergencia si es necesario

Si se trata de una emergencia médica, vaya a una sala de emergencias inmediatamente. Su empleador puede indicarle a qué centro médico dirigirse. Informe al proveedor de atención médica que le atienda que su enfermedad o lesión está relacionada con su trabajo.

Llene un formulario de reclamo y entrégueselo a su empleador

Su empleador debe darle o enviarle por correo un formulario de reclamo (DWC 1) dentro del plazo de un día laboral a partir del momento en que se le notifica de su lesión o enfermedad. Utilícelo para solicitar los beneficios de compensación de trabajadores.

Reciba una buena atención médica

Reciba una buena atención médica para ayudarle a recuperarse. Debe ser atendido por un médico que comprenda su lesión o enfermedad específica. Explíquelo al médico sus síntomas y las circunstancias laborales que usted cree causaron la lesión o enfermedad. Describa también su trabajo y su ambiente de trabajo.

Tengo miedo de que me despidan por mi lesión. ¿Puede despedirme mi empleador?

Es ilegal que un empleador lo sancione o lo despidan por lesionarse o por presentar un reclamo de compensación de trabajadores cuando usted considera que la lesión fue causada por su trabajo.

Si usted cree que su empleo está en riesgo, recurra a alguien que pueda ayudarlo. Tenga en cuenta que existen plazos para tomar medidas a fin de proteger sus derechos.

La División de Compensación de Trabajadores de California (DWC- Division of Workers' Compensation) es el organismo estatal que supervisa el otorgamiento de beneficios a trabajadores que han sufrido lesiones, y ayuda a resolver disputas sobre beneficios entre los trabajadores lesionados y sus empleadores.

El personal de la oficina de Información y Asistencia (I&A- Information and Assistance) de la DWC puede guiarle por el sistema de compensación de trabajadores, y puede proporcionarle formularios de reclamo u otros documentos que usted necesite para recibir beneficios.

Puede descargar la publicación GRATUITA "Una Guía para los trabajadores lesionados" ("A Guidebook for Injured Workers") en www.dwc.ca.gov.



Llame al 1-800-736-7401, las 24 horas, para escuchar información grabada sobre una variedad de temas de compensación de trabajadores, o consulte la página web en www.dwc.ca.gov para información sobre la oficina de I & A más cercana a usted.

*Visite el sitio web de la **DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES** (Division of Workers' Compensation) en www.dwc.ca.gov o llame al 1-800-736-7401*

DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

HOJA DE INFORMACIÓN A

RESPUESTAS A SUS PREGUNTAS SOBRE LA REVISIÓN DE UTILIZACIÓN

La revisión de utilización (*Utilization Review- UR*) es el proceso utilizado por empleadores y administradores de reclamos para revisar el tratamiento y determinar si es medicamente necesario.

Todos los empleadores o administradores de reclamos administrando sus reclamos de compensación de trabajadores están obligados por ley a tener un programa de revisión de utilización. Este programa es usado para determinar si el tratamiento médico recomendado por su médico será aprobado.

¿Cuáles son las pautas de tratamiento médico establecidas por el estado?

El catálogo de utilización de tratamiento médico (*Medical Treatment Utilization Schedule- MTUS*) de California expone tratamientos que han sido científicamente comprobados a curar o aliviar lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo. El *MTUS* presenta tratamientos que son eficaces para ciertas lesiones, con qué frecuencia el tratamiento debe ser dado, el grado del tratamiento y otros detalles.

¿Dónde puedo ver el MTUS?

Vaya a www.dwc.ca.gov. En el panel de navegación izquierdo, bajo la sección "I WANT TO", haga clic en el enlace "Find a publication". Avance a la sección de "Schedules" y haga clic en el enlace [medical treatment utilization schedule](#) (*MTUS*).

¿Qué pasa si el tratamiento recomendado por mi médico no está de acuerdo con las pautas del MTUS?

Su médico necesitará usar otras pautas que tengan una base científica y que sean reconocidas nacionalmente en la comunidad médica para respaldar el tratamiento recomendado.

Mi caso ya finalizó y fui otorgado tratamiento médico para mi lesión. Tengo una copia del fallo. ¿La UR se aplica a mí?

Sí. La ley requiere que la *UR*, que tomó efecto el 1 de enero 2004, aplique a todo tratamiento proporcionado, aun si su fallo o finalización fue antes del 1 de enero 2004.

¿Quién puede evaluar el tratamiento médico recomendado por mi médico?

Cualquier persona a cargo de un reclamo puede **aprobar** el tratamiento recomendado por su médico. Sin embargo la decisión de **negar** o **cambiar** el tratamiento sólo puede ser hecha por un médico que tenga conocimiento del tipo de lesión o enfermedad que usted tenga y el tratamiento siendo recomendado.

¿Qué pasa cuando mi médico recomienda algún tratamiento y el administrador de reclamos hace una UR?

El administrador de reclamos debe de hacer la revisión y hacer una decisión dentro de cinco (5) días a partir de cuándo su médico pide la autorización del tratamiento. Si necesita más tiempo, la compañía de seguros puede tomar hasta 14 días. Esto se llama "revisión prospectiva" porque se hace antes que obtenga el tratamiento.

¿Qué tal si mi médico ya proporcionó el tratamiento y el administrador de reclamos decide hacer una UR?

La revisión y decisión tiene que ser hecha y proporcionada a su médico dentro de 30 días. Esto se llama "revisión retrospectiva".

¿Qué pasa si obtuve tratamiento que el administrador de reclamos dice no va a pagar? ¿Tengo que pagar?

Probablemente no. Este es un problema que su médico y el administrador de reclamos deben tratar de resolver.



Reduciendo el impacto de las lesiones y las enfermedades relacionadas con el trabajo



Ayudando a resolver las disputas sobre los beneficios de compensación de trabajadores



Supervisando la administración de reclamos

¿Qué tal si mi médico pide algún tratamiento mientras estoy hospitalizado?

A no ser que su médico haya pedido una "revisión apresurada", el proceso de revisión y los plazos de tiempo son igual a los de la "revisión prospectiva". Esto se llama "revisión concurrente" porque la revisión está siendo hecha cuando está recibiendo tratamiento.

¿Qué es una revisión apresurada?

Esto ocurre cuando su médico recomienda tratamiento e indica que usted enfrenta serio peligro a su salud si no lo recibe. Esto puede significar posible pérdida de vida, extremidad, u otra función corporal mayor. También puede significar que los términos normales para hacer una decisión podrían dañar su vida o salud o podrían poner permanentemente en riesgo su habilidad para recuperarse completamente.

¿Cuánto tiempo toma una revisión apresurada?

El administrador de reclamos tiene 72 horas a partir de cuando reciben la información para hacer la decisión. Si su condición es tan seria que 72 horas es demasiado tiempo, tienen que hacer la decisión más pronto.

¿Puede el administrador de reclamos parar mi tratamiento si estoy hospitalizado?

El administrador de reclamos no puede parar el tratamiento recomendado por su médico hasta que hablen con su médico y lleguen a un acuerdo con su médico sobre un plan de tratamiento. Esto aplica para cualquier revisión concurrente.

¿Me informará el administrador de reclamos si decide cambiar, demorar o negar el tratamiento recomendado por mi médico?

Sí. El administrador de reclamos debe informarle a usted y su médico, por escrito, el por qué están cambiando, demorando o negando el tratamiento.

¿Qué tal si no estoy de acuerdo con la decisión del administrador de reclamos?

Hay plazos de tiempo específicos y estrictos con los que debe cumplir o si no puede perder importantes derechos. Debe hacer una objeción a la decisión dentro de 20 días de recibirla. Después de hacer eso, el administrador de reclamos le proporcionará el formulario para pedir una lista de Evaluadores Médicos Calificados (*Qualified Medical Evaluators- QMEs*) a la Unidad Médica de la División de Compensación de Trabajadores. Vea la [guía 2](#) de Información y Asistencia (*Information & Assistance- I&A*) para instrucciones de cómo solicitar la lista de *QMEs* y ponga atención especial a los límites de tiempo.

¿Hay alguna manera de que la UR proceda sin ningún problema?

La UR trabaja mejor cuando su médico se mantiene en contacto con el médico del administrador de reclamos durante todo el proceso. Su médico debe indicar las razones por el tratamiento cuando pide la autorización. Si el médico del administrador de reclamos pide información adicional, su médico debe responder.

¿Si he completado el proceso del QME y el administrador de reclamos todavía está negando el tratamiento, qué hago?

Tendrá que ver un juez de compensación de trabajadores para resolver el desacuerdo. Presente una declaración de disposición para proceder con su caso para pedir una audiencia agilizada e ir frente a un juez. Vea la [guía 6](#) de I&A para instrucciones específicas. Si no tiene un caso abierto en la oficina local de la Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores (*Workers' Compensation Appeals Board- WCAB*), también debe presentar una solicitud para adjudicación del reclamo (vea la [guía 4](#) de I&A), que abre un caso en la WCAB para usted.

¿Qué tal si más de 14 días han pasado desde que mi médico pidió autorización por algún tratamiento y no hemos escuchado o recibido algo del administrador de reclamos?

Si su médico no ha podido obtener alguna respuesta del administrador de reclamos, presente una declaración de disposición para proceder con su caso para pedir una audiencia agilizada. Por favor vea la respuesta previa para más detalles.



Para más información, llame al 1-800-736-7401 o visite la página web de la DWC en

www.dwc.ca.gov para ubicar a su oficina de I&A local. También puede bajar [guías](#) de I&A y obtener información sobre los [seminarios](#) para trabajadores lesionados.

DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

HOJA DE INFORMACIÓN C

RESPUESTAS A SUS PREGUNTAS SOBRE LOS BENEFICIOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Los beneficios de incapacidad temporal (*Temporary Disability- TD*) son pagos que usted recibe cuando pierde sueldos porque su lesión le impide hacer su trabajo usual mientras se está recuperando.

¿Necesito llenar el formulario de reclamo (DWC 1) que me dio mi empleador?

Sí, si usted quiere asegurarse que califica para todos los beneficios. Si usted no presenta el formulario de reclamo dentro de un año después de su lesión, tal vez no podrá conseguir beneficios. Su empleador le tendrá que dar un [formulario de reclamo \(DWC 1\)](#) a partir de un día después de saber que se lesionó. Llenando el formulario de reclamo abre su caso de compensación de trabajadores. La ley estatal establece beneficios más allá de lo básico que puede calificar cuando presenta el formulario de reclamo a su empleador. Estos beneficios incluyen, pero no son limitados a:

- Una presunción que su lesión o enfermedad fue causada por el trabajo si su reclamo no es aceptado o rechazado dentro de 90 días después de haberle entregado a su empleador el formulario completado
- Hasta \$10,000 en tratamiento de acuerdo a las pautas de tratamiento médico mientras el administrador de reclamos esté considerando su reclamo
- Un aumento en sus pagos de incapacidad si llegan tarde
Una manera resolver cualquier desacuerdo que surja entre usted y el administrador de reclamos sobre si su lesión o enfermedad ocurrió en el trabajo, el tratamiento médico que recibirá, o si recibirá beneficios de incapacidad permanente

¿Qué tal si mi empleador no me da el formulario de reclamo DWC 1?

Pídale a su empleador el formulario o llame al administrador de reclamos para conseguirlo. El administrador de reclamos es la persona o entidad a cargo de los reclamos de su empleador. El nombre, dirección y número de teléfono de esta persona debe de estar puesto en el mismo lugar donde hay otra información de trabajo como el sueldo mínimo. También puede obtener el formulario de la página Web de la División de Compensación de Trabajadores (*DWC- Division of Workers' Compensation*) en www.dwc.ca.gov. En el panel de navegación izquierdo, bajo la sección "I WANT TO...", haga clic en el enlace "Find a form".

¿Cuáles son los beneficios de TD?

Los beneficios de TD son pagos que recibe del administrador de reclamos cuando no puede hacer su trabajo usual mientras se está recuperando de su lesión o enfermedad. Los beneficios de incapacidad temporal son libres de impuestos. Si puede hacer algún trabajo mientras se está recuperando pero gana menos de lo que ganaba antes de su lesión, usted recibirá beneficios de incapacidad temporal parcial (*Temporary Partial Disability- TPD*). Si no puede trabajar en absoluto mientras se está recuperando de su lesión, usted recibirá beneficios de incapacidad temporal total (*Temporary Total Disability- TTD*). Algunos empleadores tienen planes que pagan todo su sueldo o parte del tiempo que está incapacitado temporalmente. Estos planes se llaman continuación de salario. Hay diferentes tipos de planes de continuación de salario. Algunos usan su tiempo de vacaciones y/o enfermedad para suplementar los pagos de TD requeridos bajo la ley estatal. Consulte con su empleador para averiguar si está cubierto bajo uno de estos planes.

¿Cómo se calcula la TD?

Por lo general, usted es pagado dos tercios (2/3) de su sueldo bruto (antes de deducciones e impuestos) al tiempo de su lesión, con tasas mínimas y máximas establecidas por ley. Su sueldo está calculado usando toda clase de ingresos que usted recibe por trabajar: sueldo, comida, alojamiento, propinas, comisión, horas extras



Reduciendo el impacto de las lesiones y las enfermedades relacionadas con el trabajo



Ayudando a resolver las disputas sobre los beneficios de compensación de trabajadores



Supervisando la administración de reclamos

trabajadas y bonificación. El sueldo también puede incluir ingresos de otros trabajos que usted hacía al tiempo que usted se lesionó. Proporcione prueba de estos ingresos al administrador de reclamos. El administrador de reclamos considerará toda forma de ingresos al calcular sus beneficios de incapacidad temporal.

¿Cuándo empieza y termina la TD?

Los pagos de TD empiezan cuando su médico indica que no puede hacer su trabajo usual por más de tres días o está hospitalizado por una noche. Los pagos deben ser hechos cada dos semanas. Generalmente, la TD termina cuando usted regresa a trabajar o cuando su médico le permite regresar a trabajar o indica que su lesión ha alcanzado el máximo mejoramiento médico. Si usted se lesionó entre del 19 de abril 2004 y 1 de enero 2008, sus pagos de TD no durarán más de 104 semanas a partir del primer pago para la mayoría de las lesiones. Aquellos lesionados en o después del 1 de enero 2008 son elegibles para recibir 104 semanas de pagos de incapacidad dentro de un período de cinco años.

El período de cinco años se cuenta a partir de la fecha de la lesión. Los pagos para algunas lesiones de largo plazo como quemaduras severas o enfermedad pulmonar crónica pueden ser pagados más de las 104 semanas. Los pagos por TD para estas lesiones continuarán hasta 240 semanas dentro de un periodo de cinco años.

También puede presentar una solicitud para el seguro de incapacidad estatal (*State Disability Insurance- SDI*) con el Departamento del Desarrollo del Empleo (*Employment Development Department- EDD*). Debe presentar esta solicitud aunque su reclamo de compensación de trabajadores haya sido aceptado. Esto le permitirá a obtener pagos de SDI después de que terminen las 104 semanas de TD si todavía está muy enfermo o lastimado para regresar a trabajar.

¿Puedo recibir otros beneficios mientras estoy recibiendo TD?

Usted tiene el derecho a recibir tratamiento médico inmediatamente. El administrador de reclamos puede investigar su reclamo antes de decidir si aceptarlo. Aun cuando se haga una investigación, el administrador de reclamos tiene que aprobar tratamiento médico para su lesión dentro de un día hábil después de someter el formulario de reclamo (DWC 1). El tratamiento que usted recibe tiene que estar dentro de las pautas de tratamiento médico establecidas por el estado. El costo total del tratamiento que recibe durante la investigación no puede ser más de \$10,000.

Debe ser reembolsado por gastos de transportación incluyendo millaje, estacionamiento y peaje por viajes de ida y vuelta al médico. El administrador de reclamos también paga por recetas médicas, visitas a terapia física y otros gastos médicos.

¿Qué tal si hay algún problema con mis beneficios?

Si tiene alguna inquietud, no se quede callado. Hable con su empleador o con el administrador de reclamos que está a cargo de su reclamo para tratar de resolver su problema. Malentendidos y errores a veces ocurren pero usted puede resolver la mayoría de ellos llamándole al administrador de reclamos. Si esto no trabaja, consiga ayuda haciendo lo siguiente:

Póngase en contacto con un oficial estatal de Información y Asistencia (*Information & Assistance- I&A*) de la División de Compensación de Trabajadores: Los oficiales de I&A contestan preguntas para ayudar a los trabajadores lesionados. Ellos proporcionan información y formularios y ayudan a resolver problemas con su reclamo. Tienen seminarios gratuitos para informar a trabajadores lesionados sus derechos y responsabilidades bajo la ley. Vaya a la página Web de la DWC en www.dwc.ca.gov para localizar a su oficina local.

Consulte con un abogado: Abogados que se especializan en ayudar a trabajadores lesionados con sus reclamos de compensación de trabajadores se llaman abogados de solicitantes. El trabajo de ellos es de planear la estrategia para su caso, reunir la información para respaldar su reclamo, mantenerse informado sobre los límites de tiempo y representarlo frente a un juez de compensación de trabajadores en la Junta local de Apelaciones de Compensación de Trabajadores. Si usted retiene a un abogado, los honorarios serán tomados de los beneficios que reciba. Un juez debe aprobar los honorarios.

Si tiene un problema serio con su reclamo tal vez tendrá que ir frente a un juez de compensación de trabajadores. En ese caso, deberá llenar una solicitud para adjudicación del reclamo. Ese formulario normalmente debe ser presentado dentro de un año a partir de la fecha de su lesión o a partir de la última fecha en que se le pagó beneficios. Use la [guía 4](#) de I&A para ayudarle a presentar este formulario.

La información contenida en esta hoja de información es de índole general y no está intencionada a substituir asesoramiento legal. Cambios en la ley o los datos específicos de su caso pueden resultar en interpretaciones legales diferentes a las que estén presentadas aquí.



Para más información, llame al 1-800-736-7401 o visite la página web de la DWC en www.dwc.ca.gov para ubicar a su oficina de I&A local. También puede bajar [guías](#) de I&A y obtener información sobre los [seminarios](#) para trabajadores lesionados.

DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

HOJA DE INFORMACIÓN D

RESPUESTAS A SUS PREGUNTAS SOBRE LOS BENEFICIOS DE INCAPACIDAD PERMANENTE

Los beneficios de incapacidad permanente (*Permanent Disability- PD*) es cualquier incapacidad duradera que resulta de su lesión o enfermedad de trabajo y que afecta su habilidad a ganarse la vida. Si su lesión o enfermedad resulta en *PD* usted será elegible a beneficios de *PD*, aunque pueda regresar a trabajar.

¿Necesito llenar el formulario de reclamo (DWC 1) que me dio mi empleador?

Sí, si usted quiere asegurarse que califica para todos los beneficios. Si usted no presenta el formulario de reclamo dentro de un año después de su lesión, tal vez no podrá conseguir beneficios. Su empleador le tendrá que dar un [formulario de reclamo \(DWC 1\)](#) a partir de un día después de saber que se lesionó. Llenando el formulario de reclamo abre su caso de compensación de trabajadores. La ley estatal establece beneficios más allá de lo básico que puede calificar cuando presenta el formulario de reclamo a su empleador. Estos beneficios incluyen, pero no son limitados a:



Reduciendo el impacto de las lesiones y las enfermedades relacionadas con el trabajo

- Una presunción que su lesión o enfermedad fue causada por el trabajo si su reclamo no es aceptado o rechazado dentro de 90 días después de haberle entregado a su empleador el formulario completado
 - Hasta \$10,000 en tratamiento de acuerdo a las pautas de tratamiento médico mientras el administrador de reclamos esté considerando su reclamo
 - Un aumento en sus pagos de incapacidad si llegan tarde
- Una manera resolver cualquier desacuerdo que surja entre usted y el administrador de reclamos sobre si su lesión o enfermedad ocurrió en el trabajo, el tratamiento médico que recibirá, o si recibirá beneficios de incapacidad permanente



Ayudando a resolver las disputas sobre los beneficios de compensación de trabajadores

¿Qué tal si mi empleador no me da el formulario de reclamo DWC 1?

Pídale a su empleador el formulario o llame al administrador de reclamos para conseguirlo. El administrador de reclamos es la persona o entidad a cargo de los reclamos de su empleador. El nombre, dirección y número de teléfono de esta persona debe de estar puesto en el mismo lugar donde hay otra información de trabajo como el sueldo mínimo. También puede obtener el formulario de la página Web de la División de Compensación de Trabajadores (*Division of Workers' Compensation- DWC*) en www.dwc.ca.gov. En el panel de navegación izquierdo, bajo la sección "I WANT TO...", haga clic en el enlace "Find a form".

¿Quién determina si debo de recibir beneficios de PD? ¿Cómo se determina?

El médico determina si su lesión o enfermedad causa *PD*. El informe médico es convertido en una clasificación de incapacidad permanente. El proceso usado para convertir el informe médico a una clasificación varía dependiendo de su fecha de lesión y otros factores. La clasificación de *PD* determina los beneficios que va a recibir.

Después de que su médico decide que su lesión o enfermedad se ha estabilizado y no es probable que cambie, la incapacidad permanente es evaluada. En ese momento su condición se ha convertido permanente y estacionaria (*Permanent & Stationary- P&S*). Su médico tal vez use el término máximo mejoramiento médico (*Maximum Medical Improvement- MMI*) en lugar de *P&S*.

Ya cuando sea declarado *P&S* o haya alcanzado el *MMI*, su médico enviará un informe al administrador de reclamos indicando si tiene *PD*. El médico también determinará si alguna de su incapacidad es debida a otra cosa que no sea su lesión de trabajo, tal como una lesión previa u otra condición. Esto se llama prorratear.



Supervisando la administración de reclamos

El administrador de reclamos le puede pedir que llene un formulario describiendo su incapacidad.

¿Qué tal si no estoy de acuerdo con el médico?

Si usted o el administrador de reclamos no está de acuerdo con las conclusiones de su médico usted puede ser evaluado por un médico llamado un evaluador médico calificado (*Qualified Medical Evaluator- QME*). Usted solicita la lista de *QMEs* (llamada un panel) a la Unidad Médica de la *DWC*. El administrador de reclamos le enviará el formulario para solicitar un *QME*. Su empleador pagará por el costo del examen del *QME*. Usted tiene 10 días a partir de la fecha en que el administrador de reclamos le indique que empiece el proceso del *QME* para someter su solicitud a la [Unidad Médica](#) de la *DWC*. Si no somete el formulario dentro de 10 días, el administrador de reclamos lo hará por usted y podrá escoger el tipo de médico que lo evaluará.

Hay otros plazos estrictos y específicos que debe cumplir haciendo su solicitud para el *QME* o perderá derechos importantes. Lea la [guía 2](#) de la Unidad de Información y Asistencia (*Information & Assistance- I&A*) de la *DWC* y consulte la hoja de información E para más información.

¿Qué es una clasificación de *PD* y cómo es calculada?

Primeramente, después de su evaluación, el médico escribirá un informe médico sobre su deterioro o impedimento. Deterioro o impedimento significa cómo su lesión afecta su habilidad para hacer actividades de vida normal. El informe incluye si hay alguna porción de su incapacidad que es debida a otra cosa que no sea su lesión de trabajo. El informe médico termina con un número de deterioro o impedimento.

Después, el número de deterioro es puesto en una fórmula para calcular el porcentaje de incapacidad. Incapacidad significa cómo el deterioro afecta su habilidad para trabajar. Su ocupación, su edad al tiempo de la lesión y su capacidad de ganancias futuras son factores que están incluidas en la calculación. Entonces cualquier porción de incapacidad debida a otra cosa que no sea su lesión de trabajo es reducida de la calculación.

Su incapacidad será indicada como un porcentaje. Su porcentaje de incapacidad es equivalente a una suma específica, tomando en cuenta la fecha de su lesión y el promedio de su salario semanal de cuando usted se lesionó. Un especialista que calcula las clasificaciones en la [Unidad de Evaluación de Incapacidades](#) de la *DWC* puede ayudarle a calcular su clasificación.

Si usted se lesionó en o después del 1 de enero 2005, su indemnización de *PD* puede ser aumentada o reducida por un 15 por ciento, dependiendo si trabaja por un empleador con 50 o más empleados y si su empleador le ofrece y usted acepta o rechaza trabajo regular, alternativo o modificado.

¿Cómo se paga la *PD*?

Una vez que su médico indique que tiene *PD*, el administrador de reclamos estimará cuanto debe recibir y empezará hacerle pagos aunque el porcentaje final de la incapacidad no haya sido calculado. Beneficios de *PD* son pagados además de los beneficios de incapacidad temporal (*Temporary Disability- TD*) que ha recibido. El administrador de reclamos debe comenzar los pagos de incapacidad permanente dentro de 14 días después de que terminan los beneficios de *TD* y continuarán hasta que hayan pagado una estimación razonable de la cantidad de incapacidad. Si no ha faltado al trabajo, los pagos de *PD* son debidos desde la fecha en que su médico indica que está *P&S*. Los beneficios de *PD* continuarán siendo pagados cada dos semanas en el día escogido por el administrador de reclamos hasta que se haya pagado una estimación razonable de su incapacidad. Cuando la cantidad exacta de incapacidad permanente haya sido determinada cualquier cantidad restante debe ser pagada.

¿Cómo es que mi reclamo es finalmente resuelto?

Después de que la cantidad de *PD* es determinada, usualmente hay un acuerdo o fallo para finalizar los beneficios. Este acuerdo tiene que ser aprobado por un juez de compensación de trabajadores. Si tiene un abogado, su abogado debe de ayudarle a obtener este acuerdo. Si no tiene abogado, el administrador de reclamos le debe de ayudar con el acuerdo. También puede ayudarle un oficial de Información y Asistencia de la oficina local de la Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores. Si su médico indica que tratamiento médico adicional es necesario para su lesión o enfermedad, el acuerdo puede proporcionarle futuro tratamiento médico.

Hay dos clases de acuerdos. Un acuerdo es mutuamente acordado entre usted y el administrador de reclamos.

Usted puede resolver su reclamo entero con un acuerdo de un pago global llamado [compromiso y liberación](#) o convenio y cesión (*Compromise & Release- C&R*). Un *C&R* pueda que sea mejor cuando usted quiere controlar su propio tratamiento médico o quiere un pago global por su incapacidad permanente. Un *C&R* usualmente significa que después de que reciba el pago global aprobado por el juez de compensación de trabajadores el administrador de reclamos no será responsable por pagos adicionales ni tratamiento médico.

También puede acordar finalizar su reclamo por medio de [una estipulación con pedido de adjudicación](#) (*Stipulations with request for award- Stip*). Una estipulación usualmente incluye una suma de dinero y futuro tratamiento médico. Los pagos son hechos a plazos. Un juez revisará el acuerdo.

Si no puede llegar a un acuerdo con el administrador de reclamos, puede ir frente a un juez de compensación de trabajadores quién puede hacer una determinación sobre la cantidad de *PD*. La decisión del juez es un fallo (*Findings & Award- F&A*). El *F&A* generalmente consiste de una suma de dinero y la provisión que el administrador de reclamos pague por futuro tratamiento médico aprobado.

Para más información, llame al 1-800-736-7401 o visite la página Web de la *DWC* en www.dwc.ca.gov para ubicar a su [oficina de I&A](#) local. También puede bajar [guías](#) de *I&A* y obtener información sobre los [seminarios](#) para trabajadores lesionados.

DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

HOJA DE INFORMACIÓN E

RESPUESTAS A SUS PREGUNTAS SOBRE LOS EVALUADORES MÉDICOS CALIFICADOS Y EVALUADORES MÉDICOS ACORDADOS

Evaluadores médicos calificados (*Qualified Medical Evaluators-QMEs*) o evaluadores médicos acordados (*Agreed Medical Evaluators- AMEs*) examinan a trabajadores lesionados para determinar los beneficios que recibirán si hay algún desacuerdo sobre las opiniones del médico que lo está atendiendo.

¿Necesito llenar el formulario de reclamo (DWC 1) que me dio mi empleador?

Sí, si usted quiere asegurarse que califica para todos los beneficios. Si usted no presenta el formulario de reclamo dentro de un año después de su lesión, tal vez no podrá conseguir beneficios. Su empleador le tendrá que dar un [formulario de reclamo \(DWC 1\)](#) a partir de un día después de saber que se lesionó. Llenando el formulario de reclamo abre su caso de compensación de trabajadores. La ley estatal establece beneficios más allá de lo básico que puede calificar cuando presenta el formulario de reclamo a su empleador. Estos beneficios incluyen, pero no son limitados a:

- Una presunción que su lesión o enfermedad fue causada por el trabajo si su reclamo no es aceptado o rechazado dentro de 90 días después de haberle entregado a su empleador el formulario completado
- Hasta \$10,000 en tratamiento de acuerdo a las pautas de tratamiento médico mientras el administrador de reclamos esté considerando su reclamo
- Un aumento en sus pagos de incapacidad si llegan tarde
Una manera resolver cualquier desacuerdo que surja entre usted y el administrador de reclamos sobre si su lesión o enfermedad ocurrió en el trabajo, el tratamiento médico que recibirá, o si recibirá beneficios de incapacidad permanente

¿Qué tal si mi empleador no me da el formulario de reclamo DWC 1?

Pídale a su empleador el formulario o llame al administrador de reclamos para conseguirlo. El administrador de reclamos es la persona o entidad a cargo de los reclamos de su empleador. El nombre, dirección y número de teléfono de esta persona debe de estar puesto en el mismo lugar donde hay otra información de trabajo como el sueldo mínimo. También puede obtener el formulario de la página Web de la División de Compensación de Trabajadores (*Division of Workers' Compensation- DWC*) en www.dwc.ca.gov. En el panel de navegación izquierdo, bajo la sección "I WANT TO...", haga clic en el enlace "Find a form".

Ya fui con el médico. ¿Por qué debo ver a un QME?

Usted y/o el administrador de reclamos quizás no esté de acuerdo con lo que el médico que lo está atendiendo indique. Podría haber otros desacuerdos sobre cuestiones médicas de su reclamo. Un segundo médico--un *AME* o *QME*--debe dirigirse a esos desacuerdos. Quizás no estén de acuerdo sobre:

- Si es que su lesión fue causada por su trabajo
- Si es que necesita tratamiento para su lesión
- Qué tipo de tratamiento es apropiado
- Si es que debe quedarse en casa para recuperarse
- Una clasificación de incapacidad permanente.

¿Quién toma la decisión de ir a un QME?

Usted, su abogado o el administrador de reclamos pueden solicitar un examen con un *QME*. Usted podría solicitar un examen con un *QME* si:

1. Su reclamo ha sido demorado o negado y necesita un examen médico para determinar si su reclamo es pagadero
2. Usted necesita averiguar si está de alguna manera permanentemente incapacitado o si necesitará futuro tratamiento médico
3. Usted no está de acuerdo con lo que su médico indica sobre su condición médica
4. Usted no está de acuerdo con los resultados de la revisión de utilización (sobre negar, demorar o modificar el tratamiento)



Reduciendo el impacto de las lesiones y las enfermedades relacionadas con el trabajo



Ayudando a resolver las disputas sobre los beneficios de compensación de trabajadores



Supervisando la administración de reclamos

La Unidad Médica de la *DWC* le proporcionará una lista (llamada panel) de tres *QMEs* a quién la solicite. Cada panel de *QMEs* es generado al azar y los médicos que aparecen en la lista son especialistas del tipo que se solicitó. Un médico de la lista es escogido para examinarlo y escribir un informe médico sobre su condición. Una vez que se haya escogido un *QME* para su reclamo, todos los desacuerdos médicos deben ser sometidos a ese *QME*.

¿Cuáles son los requisitos que deben cumplir los *QMEs*?

La Unidad Médica de la *DWC* certifica a los *QMEs* en diferentes especialidades médicas. Un *QME* debe ser un médico que tenga licencia para practicar en California. *QMEs* son doctores médicos, doctores de osteopatía, quiroprácticos, psicólogos, dentistas, optometristas, podólogos o acupunturistas.

¿Cuál es la diferencia entre un *QME* y un *AME*?

Si usted tiene un abogado, su abogado y el administrador de reclamos pueden decidir a usar un médico sin utilizar el sistema del estado para conseguir un *QME*. El médico que deciden a usar se llama un *AME*. Si no pueden llegar a un acuerdo, deben pedir una lista o panel de *QMEs*.

¿Cómo solicito un examen *QME*?

Llene el formulario, "Solicitud para un panel de *QME* bajo el Código Laboral § 4062.1-*QME*-105" (*Request for QME panel under Labor Code § 4061.2- QME 105*) y envíelo a la Unidad Médica de la *DWC*. Consulte la [guía 2](#) de la Unidad de Información y Asistencia (*I&A*) para ayuda con este formulario.

NOTA: Si su empleador o administrador de reclamos le indica que hay algún problema con su reclamo y le envía el formulario "Solicitud para un panel de *QME* bajo el Código Laboral § 4062.1-*QME*-105" (*Request for QME panel under Labor Code § 4061.2- QME 105*), usted tiene 10 días para llenar el formulario que incluye el seleccionar la especialidad médica del *QME* y enviar el formulario a la Unidad Médica de la *DWC*. Si no envía el formulario dentro de 10 días, el administrador de reclamos lo hará y podrá escoger el tipo de médico que verá.

¿Qué diferencia hace quién presenta el formulario para solicitar un *QME*?

El que presenta el formulario de solicitud escoge la especialidad del médico para el examen. Consulte la [guía 2](#) de *I&A* para más información. Cuando reciba la lista también recibirá una carta que le explicará como fijar la cita con el *QME* y cómo proporcionarle al *QME* la información importante sobre sí mismo. Dentro de 10 días de la fecha en la lista, usted debe escoger un *QME* de la lista, fijar una cita e informarle al administrador de reclamos. Si usted no hace esto, el administrador de reclamos puede seleccionar al médico y fijar la cita para usted.

¿Hay algo que puedo hacer si no estoy de acuerdo con lo que dice el *QME*?

Sí, pero tiene el tiempo limitado para decidir si está de acuerdo con el informe médico del *QME* o si necesita más información. Cuando reciba el informe médico lo debe leer inmediatamente y debe decidir si está correcto. Si no lo está y tiene abogado, usted debe hablar con él o ella sobre sus opciones.

Si no tiene abogado, primeramente llame al administrador de reclamos. Si esto no le ayuda, póngase en contacto con el oficial de [Información y Asistencia](#) de la oficina local de la Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores (*Workers' Compensation Appeals Board- WCAB*). El oficial de *I&A* le puede ayudar a determinar qué es lo mejor para su caso.

Si está en una unión, quizás podrá ver a un mediador de asuntos de interés público o a un intermediario bajo los términos de su contrato colectivo o acuerdo laboral.

Estoy dentro de una red de proveedores médicos (*Medical Provider Network- MPN*). ¿Se aplica este proceso a mí?

Hay dos maneras de resolver un desacuerdo médico si está dentro de un *MPN*, dependiendo de la situación. Si su médico dentro de la *MPN* pide algún tratamiento con el que usted está de acuerdo y ese tratamiento es rechazado bajo la revisión de utilización (*UR*), usted tiene derecho de solicitar un examen por un *QME*. El administrador de reclamos debe notificarle de este derecho. Sin embargo, si usted no está de acuerdo con lo que el médico indica sobre su diagnóstico o tratamiento, usted no va a un *QME*- tiene otras opciones. Primeramente, puede cambiar a otro médico que esté en la lista de *MPN*. También puede pedir una segunda o tercera opinión de diferentes médicos dentro de la *MPN*. Si todavía no está de acuerdo, puede tener una revisión médica independiente (*Independent Medical Review- IMR*) para resolver el desacuerdo. Consulte la información sobre su *MPN* proporcionada por su empleador.

Todavía tengo preguntas. ¿A quién contacto?

Si tiene preguntas sobre solicitar un panel *QME* contacte a la [Unidad Médica de la *DWC*](#) por teléfono al 1-800-794-6900 o escribiendo a: *DWC Medical Unit*, P O Box 71010, Oakland, CA 94612.

Para más información, llame al 1-800-736-7401 o visite la página web de la *DWC* en www.dwc.ca.gov para ubicar a su [oficina de *I&A*](#) local. También puede bajar [guías](#) de *I&A* y obtener información sobre los [seminarios](#) para trabajadores lesionados.

La información contenida en esta hoja de información es de índole general y no está intencionada a substituir asesoramiento legal. Cambios en la ley o los datos específicos de su caso pueden resultar en interpretaciones legales diferentes a las que estén presentadas aquí.