



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



## Se lesionó en el trabajo. ¿Ahora qué?

Si ha sufrido una lesión o enfermedad relacionada con su trabajo, usted puede ser elegible para beneficios de compensación obrera. Estamos abriendo un caso de Compensación Obrera en su nombre. Puede ser que usted ya haya recibido servicios médicos. Si no los ha recibido, debe gestionarlos inmediatamente.

### Responsabilidad del Trabajador

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

### El inicio de un caso

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

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

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

### Facturas por Cuidado Médico

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

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

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

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

### **Beneficios por Sueldos Perdidos**

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

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

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

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

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

### **Ayuda Disponible**

Hay veces que se necesita ayuda para regresar a trabajar. Su patrono puede tener un programa de regreso al trabajo que podría permitirle regresar a trabajar haciendo trabajos livianos o en una posición alterna, mientras usted se cura. Una lesión también puede causar problemas económicos o familiares. La Junta de Compensación Obrera tiene Consejeros de Rehabilitación y Trabajadores Sociales para ayudarlo. Llame al [877] 632-4996 para información adicional.

### **¿Qué Pasa Después?**

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

### **Información Importante de Contacto**

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



# Reclamación del empleado

# C-3S

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

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

Número de caso WCB (si lo sabe): \_\_\_\_\_

## A. INFORMACIÓN PERSONAL (Empleado)

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

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

1. Empleador en donde se lesionó: \_\_\_\_\_ 2. N° de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
3. Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_  
Número y calle/Apartado postal Ciudad Estado Código postal
4. Fecha de inicio del empleo: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 5. Nombre de su supervisor: \_\_\_\_\_  
mes / día / año
6. Indique nombre(s)/dirección(es) de otro(s) empleador(es) al momento de la lesión/enfermedad: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
7. ¿Perdió usted horas de trabajo del otro empleo con motivo de su lesión/enfermedad?  Sí  No

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

1. ¿Cuál era su puesto o descripción de trabajo? \_\_\_\_\_
2. ¿Qué tipo de actividades realizaba usted normalmente en el trabajo? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
3. ¿Su trabajo era? (marque uno)  A tiempo completo  A medio tiempo  Estacional  Voluntario  Otro: \_\_\_\_\_
4. ¿Cuál era su salario antes de impuestos por período de pago? \_\_\_\_\_ 5. ¿Con qué frecuencia se le pagaba? \_\_\_\_\_
6. ¿Recibía usted alojamiento o propinas además de su pago?  Sí  No En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## D. SU LESIÓN O ENFERMEDAD

1. Fecha de la lesión o del inicio de la enfermedad: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2. Hora de la lesión: \_\_\_\_\_  AM  PM  
mes / día / año
3. ¿Dónde ocurrió la lesión/enfermedad? (por ej., 1 Main Street, Pottersville, en la puerta de acceso) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
4. ¿Era éste su lugar de trabajo habitual?  Sí  No En caso negativo, ¿por qué estaba usted en ese lugar? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
5. ¿Qué estaba haciendo cuando se lesionó o se enfermó? (por ej.: descargando un camión, copiando un informe) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
6. ¿Cómo ocurrió la lesión/enfermedad? (por ej.: pasaba por encima de una tubería y caí al piso) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
7. Explique detalladamente la naturaleza de su lesión/enfermedad, incluyendo las partes del cuerpo lesionadas (por ej.: me torcí el tobillo izquierdo y me corté la frente): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

SU NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA DE LA LESIÓN/ENFERMEDAD: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
mes / día / año

### D. SU LESIÓN O ENFERMEDAD (cont.)

8. ¿Hubo algún objeto (por ej.: carretilla, martilla, ácido) involucrado en la lesión/enfermedad?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿cuál? \_\_\_\_\_
9. ¿La lesión ocurrió por estar utilizando u operando un vehículo motorizado licenciado?  Sí  No  
En caso afirmativo,  su vehículo  un vehículo del empleador  otro vehículo Número de placa (si lo sabe): \_\_\_\_\_  
Si su vehículo estuvo involucrado, indique el nombre y dirección de su asegurador: \_\_\_\_\_
10. ¿Ha notificado la lesión/enfermedad a su empleador (o supervisor)?  Sí  No En caso afirmativo, la notificación fue remitida a: \_\_\_\_\_ en forma:  verbal  escrita Fecha de notificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
mes / día / año
11. ¿Hubo algún testigo de la lesión?  Sí  No  Desconocido En caso afirmativo, indique los nombres: \_\_\_\_\_

### E. REGRESO AL TRABAJO

1. ¿Dejó usted de trabajar debido a la lesión/enfermedad?  Sí  No En caso afirmativo, ¿en qué fecha? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
mes / día / año  
En caso negativo, pase a la Sección F.
2. ¿Ha regresado al trabajo?  Sí  No En caso afirmativo, ¿en qué fecha? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  tareas normales  tareas restringidas  
mes / día / año
3. Si ha regresado al trabajo, ¿para quién trabaja usted ahora?  Mismo empleador  Nuevo empleador  Independiente
4. ¿Cuál es su salario antes de impuestos por período de pago? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia se le paga? \_\_\_\_\_

### F. TRATAMIENTO MÉDICO POR ESTA LESIÓN O ENFERMEDAD

1. ¿Cuál fue la fecha de su primer tratamiento? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  No recibí tratamiento (pase a la pregunta F-5)  
mes / día / año
2. ¿Recibió tratamiento en el lugar de la lesión?  Sí  No
3. ¿En dónde se le prestó el primer tratamiento médico por su lesión/enfermedad?  Ninguno  Sala de emergencias  
 Consultorio del doctor  Clínica/Hospital/Servicio de emergencia  Internamiento hospitalario por más de 24 horas  
Nombre y dirección del lugar en el que le prestó el primer tratamiento médico: \_\_\_\_\_  
Nº de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
4. ¿Aún está bajo tratamiento por esta lesión/enfermedad?  Sí  No  
Indique el nombre y dirección del/los doctor(es) que lo atiende(n) por esta lesión/enfermedad: \_\_\_\_\_  
Nº de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
5. ¿Recuerda alguna otra lesión en la misma parte del cuerpo o una enfermedad similar?  Sí  No  
En caso afirmativo, lo atendió un doctor?  Sí  No En caso afirmativo, indique los nombres y direcciones del/los doctor/es que lo atendieron y **PRESENTE EL FORMULARIO C-3.3 JUNTO CON ESTE FORMULARIO:** \_\_\_\_\_
6. ¿La lesión/enfermedad anterior estuvo relacionada con el trabajo?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿trabajaba usted para el mismo empleador que ahora?  Sí  No

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

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

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

En representación del empleado: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Certifico que según mi leal saber y entender, conocimiento y convicción, formado en respuesta a una pregunta realizada dentro de circunstancias razonables, que las declaraciones y otros hechos fácticos afirmados arriba tienen evidencia probatoria, o tendrán evidencia probatoria resultante de alguna oportunidad razonable de indagación o descubrimiento.

Firma del Abogado / Representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Escriba el Nombre: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Identificación, si tiene: R \_\_\_\_\_ Si el representante es acreditado, No. de licencia: \_\_\_\_\_ Fecha de Caducidad: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Limited Release of Health Information (HIPAA)
State of New York - Workers' Compensation Board

C-3.3

WCB Case No. (if you know it): \_\_\_\_\_

To Claimant: If you received treatment for a previous injury to the same body part or for an illness similar to the one described in your current Claim, fill out this form. This form allows the health care providers you list below to release health care information about your previous injury/illness to your employer's workers' compensation insurer.

To Health Care Provider: A copy of this HIPAA-compliant release allows you to disclose health information. If you send records to the employer's workers' compensation insurer in response to this release, also mail copies to the Claimant's legal representative.

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

This form does NOT allow your health care provider(s) to release the following types of information:
• HIV-related information
• Psychotherapy notes
• Alcohol/Drug treatment
• Mental Health treatment (unless you check below)
• Verbal information (your health care providers may not discuss your health care information with anyone)

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

A. YOUR INFORMATION (Claimant)

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

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

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

- 1. Provider: \_\_\_\_\_ 2. Phone Number: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
3. Mailing Address: \_\_\_\_\_
4. Other provider (if any): \_\_\_\_\_ 5. Phone Number: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
6. Mailing Address: \_\_\_\_\_

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

Claimant's signature (ink only -- use blue ballpoint pen, if possible.) Date

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

Your name Relationship to Claimant Signature (ink only -- use blue ballpoint pen, if possible.) Date



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

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

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

### **Sección A. Información personal del empleado:**

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

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

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

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

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

### **Sección D. Su lesión o enfermedad:**

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

### **Sección E. Regreso al trabajo:**

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

### **Sección E. Regreso al trabajo (continuación):**

- Punto 2:** Si ya regresó al trabajo, marque 'Sí'. También indique la fecha en que comenzó nuevamente a trabajar y si retomó sus Tareas Habituales o si realiza Tareas Limitadas o Restringidas. (Si no ha retomado todas las tareas que solía realizar antes de la lesión o enfermedad, entonces realiza Tareas Limitadas).
- Punto 3:** Si se ha reincorporado a su trabajo, indique para quién trabaja ahora.
- Punto 4:** Escriba su salario bruto (antes de impuestos) por período de pago por el trabajo que realiza ahora. Indique cada cuánto le pagan a usted el sueldo (semanal, quincenalmente, etc.).

### **Sección F. Tratamiento médico por esta lesión o enfermedad:**

- Punto 1:** Si no recibió ningún tratamiento médico por esta lesión o enfermedad, marque 'No recibí tratamiento' y pase al punto 5. De lo contrario, escriba la fecha en que recibió tratamiento por primera vez por esta lesión o enfermedad y complete los demás puntos de esta sección.
- Punto 2:** Marque si el primer tratamiento que recibió por esta lesión o enfermedad fue en el trabajo.
- Punto 3:** Marque el lugar en el que recibió tratamiento médico por primera vez fuera del trabajo por esta lesión o enfermedad. Indique el nombre, la dirección y el teléfono (con el código de la zona) del centro médico.
- Punto 4:** Si todavía sigue recibiendo tratamiento médico por esta misma lesión o enfermedad, marque 'Sí' e indique el nombre, la dirección y el teléfono (con el código de la zona) del/de los médico/s que le atienden; de lo contrario, marque 'No'.
- Punto 5:** Si cree que ya tenía una lesión en la misma parte del cuerpo o una enfermedad similar, marque 'Sí' e indique si le atendió un médico por esta enfermedad o lesión. Si lo hizo, indique el nombre y la dirección del/de los médico/s que le atendieron y **complete y envíe el formulario C-3.3 junto con éste.**
- Punto 6:** Si tenía una lesión o enfermedad anterior, marque si era laboral. Si lo era, marque si la lesión o enfermedad ocurrió mientras trabajaba para el empleador actual.

Firme el Formulario C-3 en el espacio para la "Firma del Empleado" en la página 2, imprima su nombre y escriba la fecha en la que firma el formulario. Si alguna tercera persona está firmando a nombre del empleado, esa persona debe firmar en la segunda línea para las firmas. Si tiene representación legal, su representante debe llenar y firmar la sección de certificación para abogados/representantes al final de la página 2.

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

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

### **SUS DERECHOS:**

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

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

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

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

**Buffalo DO: 369 Franklin Street, Buffalo NY 14202 866-211-0645** (para accidentes en los siguientes condados: Cattaraugus, Chautauqua, Erie y Niagara).

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

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

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



El New York State Insurance Fund (NYSIF), la compañía aseguradora para beneficios de compensación obrera para su empresa, tiene un contrato con Express Scripts, Inc. (ESI), administradores de beneficios farmacéuticos, para ofrecerle servicios de farmacia conveniente.

NYSIF ha establecido un servicio de inscripción inmediata con Express Scripts. El nuevo servicio le permite a trabajadores incapacitados la aceptación inmediata por cualquier farmacia en la red de Express Scripts. Aunque la ley del Estado de Nueva York no lo estipula, NYSIF ha elegido ofrecer acceso a ciertos medicamentos económicamente viables para sus lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, con el propósito de ayudar al trabajador lesionado durante los primeros días difíciles después de su lesión y antes de que su reclamación haya sido aceptada.

Cuando el empleado sufre una lesión en el trabajo, el formulario adjunto (**Identificación Provisional para Servicios de Farmacia de Compensación Obrera**) se puede utilizar para obtener fácilmente las recetas indicadas en cualquier farmacia participante de la red de Express Scripts.

1er Paso: El empresario llena:

- Nombre de la empresa
- Número de la póliza de seguro de compensación obrera

2do Paso: El trabajador llena su:

- Número de Seguro Social
- Fecha de la lesión
- Fecha de nacimiento
- Nombre
- Dirección postal

3er Paso: El empleado lesionado le presenta a la farmacia participante:

- El formulario de identificación provisional completo
- Las recetas médicas relacionados con su lesión de compensación obrera

4to Paso: Dentro de un plazo de 10 días de que NYSIF haya verificado el accidente, el empleado lesionado recibirá un paquete de documentos de Express Scripts donde se encontrará una tarjeta permanente de identificación que deberá utilizar cada vez que sea necesario obtener medicamentos relacionadas con su reclamo de compensación obrera.

Nota: Farmacias participantes pueden ser localizadas rápidamente visitando al sitio web: [www.express-scripts.com/custom/expresscomppharm](http://www.express-scripts.com/custom/expresscomppharm), o llamando al teléfono directo de Express Scripts accesible las 24 horas al día marcando el (866) 533-7011.

Si tiene cualquier pregunta sobre este formulario puede comunicarse con su proveedor de compensación obrera NYSIF marcando el número de teléfono (866) 303-7737.



Identificación Provisional para Servicios de Farmacia de Compensación Obrera
Información Importante

ATENCIÓN: TRABAJADOR LESIONADO

Esta identificación provisional DEBERÁ SER PRESENTADA a su farmacéutico al llenar su(s) receta(s) inicial(es). Si tiene cualquier duda o necesita localizar una farmacia participante, favor de comunicarse con Servicio al Consumidor de Express Scripts, al teléfono 1- 877-274-8018.

ATTENTION: INJURED WORKER

This Workers' Compensation Temporary Prescription Services ID form MUST BE PRESENTED to your pharmacist when you fill your initial prescription(s). If you have questions or need to locate a participating pharmacy, please contact Express Scripts Customer Service at 1-866-533-7011.

Pharmacist/Employer – When form is completed, fax to Express Scripts: 1-719-553-4153 ATTN: Work Comp

Claimant information will be added by Express Scripts to allow medications to process. This information can also be phoned in at 1-866-533-7011.

Form with fields for: New York State Insurance Fund, Grupo#: NYSIF, Atención: Todos los puntos siguientes deben ser llenados, NOMBRE DE LA EMPRESA, NOMBRE DEL TRABAJADOR LESIONADO, NÚMERO DE PÓLIZA DE COMPENSACIÓN OBRERA, DIRECCIÓN POSTAL DEL TRABAJADOR LESIONADO, FECHA DE LESIÓN, CALLE, FECHA DE NACIMIENTO DEL TRABAJADOR LESIONADO, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL, ID#.

Attention Pharmacist:

New York State Insurance Fund's prescription program is administered by Express Scripts. The following are the steps necessary to submit a prescription for New York State Insurance Fund's claimants.

Please follow the action steps listed below to enter the Chaim. Be sure you are using NCPDP version 3.2 for faster service.

Table with 2 columns: Step, Action. Steps include: Step 1: Enter Bin Number 003858; Step 2: Enter Processor Control A4; Step 3: Enter the Group Number: NYSIF; Step 4: Enter the injured worker's 9 digit ID#; Step 5: Enter first name & last name; Step 6: Enter the injured worker's date of injury (enter in PA field in the format ccyyymmdd).

NEED ASSISTANCE?

Pharmacist, if you have any questions while processing the Chaim, Please call the Express Scripts Help Desk at 1-866-533-7011.