

Compensación del Trabajador de California

Una Guía para Trabajadores Lesionados



Reconocimientos

Esta guía se diseñó y se produjo por la Oficina de la Directora del Departamento de Relaciones Industriales (DIR), en consulta con la División de Compensación de Trabajadores (DWC) del Estado de California. Se basa en la tercera edición de esta guía, preparada en 2006 por el Instituto de Investigaciones Laborales y del Empleo (IRLE) y el Programa de Salud Laboral o LOHP de la Universidad de California en Berkeley, para la Comisión de Salud, Seguridad y Compensación del Trabajador de California o CHSWC (Commission on Health and Safety and Workers' Compensation) del DIR.

Quinta Edición Actualizada, Julio de 2014.

Copyright © 2014, DIR. Se permite la reproducción total o parcial de esta guía, para fines educativos sin necesidad de obtener permiso previo. Se solicita mencionar como autores a DIR y DWC y como traductor a Abracadabra Translations, Inc. (www.abracadabratr.com).

Para ver y descargar esta guía de Internet, visite los siguientes sitios web: www.dir.ca.gov, www.dwc.ca.gov y www.dir.ca.gov/chswc. Muchas bibliotecas públicas ofrecen acceso a Internet.

Para ver una copia de esta guía, comuníquese con un funcionario de Información y Asistencia (I&A) de la División de Compensación de Trabajadores estatal. Para conseguir la dirección de un funcionario de I&A en su área, llame gratis al 1-800-736-7401 o vea las Páginas del Gobierno en la primera sección de las páginas blancas de la guía telefónica y busque bajo: "State Government Offices/ Industrial Relations/ Workers' Compensation/ Information and Assistance".

NOTA: Esta guía contiene una lista de diversas fuentes de información sobre la compensación de trabajadores. Haber sido incluido en la lista no significa necesariamente que estas personas, organizaciones o materiales sean avalados, aprobados o recomendados por el Estado de California.

ADVERTENCIA

La información incluida en esta guía es válida en la mayoría de las situaciones. Sin embargo, existen algunas reglas, excepciones y plazos no mencionados aquí que podrían corresponder a su situación y afectar su caso. Por ejemplo, un contrato sindical o un contrato obrero-patronal establecido podrían otorgarle derechos adicionales o seguir procedimientos diferentes.

La información de esta guía describe el sistema de compensación de trabajadores de California vigente a partir de julio de 2014. Es válido para la mayoría de los trabajadores privados y de gobiernos estatales y locales lesionados durante o después del año 2004.



Christine Baker, *Directora*



David Lanier, *Secretario*,
Agencia para el Desarrollo del Trabajo y de la Fuerza Laboral
Estado de California

Índice

Introducción. Cómo Utilizar esta Guía	7
Capítulo 1. Los Principios Fundamentales de la Compensación de Trabajadores	8
¿Qué es la compensación de trabajadores?	8
¿Cuáles son los beneficios?.....	8
¿Puedo atenderme con mi médico habitual si sufro una lesión laboral?.....	8
¿Cualquier empleado puede hacer una designación previa?.....	9
Cómo hacer una designación previa	9
¿Existen reglas diferentes para hacer una designación previa si mi empleador o la compañía de seguro contratan con una organización de atención médica (HCO)?	10
¿Qué debo hacer si me lesiono en el trabajo o si desarrollo un problema médico relacionado con el trabajo?....	10
¿Qué puedo hacer para evitar lesionarme en el trabajo?.....	10
Ejemplos de Beneficios de Compensación de Trabajadores	11
Capítulo 2. Después de Sufrir una Lesión Laboral	12
¿Qué debo hacer después de informar a mi empleador sobre mi lesión o enfermedad?	12
¿Qué sucede después de presentar la reclamación?.....	12
Si no tengo novedades del administrador de reclamaciones, ¿mi reclamación está aceptada?.....	13
¿Quién decide cual tipo de trabajo puedo hacer mientras me recupero?.....	13
Temo ser despedido por mi lesión. ¿Puede despedirme mi empleador?.....	14
Además de los beneficios de compensación de trabajadores, ¿puedo recibir algún otro tipo de ayuda financiera? ..	14
Cómo Hacer Un Seguimiento de Su Reclamación.....	15
Capítulo 3. Atención Médica	16
¿Quién cubre los gastos de mi atención médica?.....	16
¿Qué tipo de atención médica reciben los trabajadores lesionados?.....	16
¿Cuándo comienza mi atención médica?.....	17
¿Qué debo hacer si el administrador de reclamaciones no autoriza el tratamiento inmediatamente?.....	17
En el caso de atención médica no urgente, ¿quién puede atenderme inmediatamente después de lesionarme? ...	18
¿Puedo cambiar de médico para ser atendido?.....	19
¿Cómo puedo evitar los problemas para obtener el tratamiento apropiado?	20

Capítulo 4. Resolución de Problemas con la Atención Médica y los Informes Médicos	21
No estoy de acuerdo con un informe médico redactado por el médico de cabecera que me atiende u otro que me atendió. ¿Qué puedo hacer?	21
¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con el médico que me atiende sobre el tratamiento necesario?	21
Cómo Obtener Una Evaluación Médica.....	23
Estoy de acuerdo con el médico que me atiende acerca del tratamiento necesario. ¿Cuánto tiempo se puede tomar el administrador de reclamaciones para decidir si debe autorizar el tratamiento?	24
¿Es posible que me nieguen el tratamiento recomendado por el médico que me atiende?	25
No estoy de acuerdo con una decisión de negar el tratamiento. ¿Qué puedo hacer?	25
¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con el médico que me atiende sobre asuntos no relacionados con el tratamiento?	26
Si el administrador de reclamaciones no está de acuerdo con el médico que me atiende sobre asuntos no relacionados con el tratamiento, ¿qué puede hacer el administrador de reclamaciones?	26
 Capítulo 5. Beneficios por Incapacidad Temporal	 27
¿Qué son los beneficios por incapacidad temporal o TD (temporary disability)?.....	27
¿Cuáles son los diferentes tipos de beneficios por incapacidad temporal o TD?	27
¿Cuánto se recibe en pagos por incapacidad temporal o TD?	27
¿Cuáles pagos recibiré por incapacidad total temporal o TTD (temporary total disability)?	28
¿Cuáles pagos recibiré por incapacidad parcial temporal o TPD (temporary partial disability)?.....	29
¿Cuándo comienzan los pagos por incapacidad temporal o TD?	29
¿Qué sucede si no recibo mis pagos a tiempo?.....	30
¿Se le exige al administrador de reclamaciones pagar multas por demoras en los pagos por incapacidad temporal?	30
¿Cuándo finalizan los pagos por incapacidad temporal o TD?	31
Algunos Ejemplos de Beneficios por Incapacidad Total Temporal o TTD (Temporary Total Disability).....	31
 Capítulo 6. Seguir Trabajando para el Empleador después de la Lesión	 32
¿Puedo seguir trabajando o regresar al trabajo y cuáles tareas puedo hacer?.....	32
¿Qué sucede mientras me recupero?.....	32
Mi empleador me asignó tareas que parecen violar mis restricciones laborales. ¿Qué puedo hacer?.....	33
¿Qué sucede si no me recupero totalmente?	33
¿Puedo volver a trabajar para mi empleador aunque no me recupere por completo?	34
Mi empleador no me ofrece ni me asigna el tipo de trabajo que yo quiero. ¿Qué puedo hacer?	36

Capítulo 7. Beneficios por Incapacidad Permanente	37
¿Qué son los beneficios por incapacidad permanente o PD (permanent disability)?	37
¿Qué es un informe de condición permanente y estacionaria (P&S)?	37
No estoy de acuerdo con el informe de condición permanente y estacionaria. ¿Qué puedo hacer?	38
¿Qué es una clasificación?	38
¿Cómo se clasifica mi incapacidad?	39
No estoy de acuerdo con la clasificación del administrador de reclamaciones. ¿Qué puedo hacer?	39
No estoy de acuerdo con la clasificación del clasificador de incapacidades estatal. ¿Qué puedo hacer?.....	40
¿Cómo se determinan los pagos por mi incapacidad permanente o PD (permanent disability)?.....	40
¿Cuándo recibo los pagos por mi incapacidad permanente?	41
¿Cómo afecta a mis pagos por incapacidad permanente que mi empleador me ofrezca o no trabajo?.....	42
¿Se le exige al administrador de reclamaciones pagar multas por las demoras en los pagos por mi incapacidad permanente?	42
¿Puedo llegar a un acuerdo extrajudicial?.....	43
¿Qué sucede si no me gusta la oferta de acuerdo extrajudicial del administrador de reclamaciones?.....	43
 Capítulo 8. Beneficios Suplementarios por la Pérdida de Trabajo	 44
<i>Si Usted Se Lesionó Durante o Después del Año 2013</i>	
¿Qué es un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo?.....	44
¿Cuál es el monto en dólares de este beneficio?	44
¿Cómo puedo obtener este beneficio?	44
¿Cuándo recibo el vale?.....	45
¿A cuáles instituciones puedo asistir?	45
¿A cuál consejero vocacional y de regreso al trabajo puedo recurrir?	45
¿Cómo puedo usar el vale para pagar los gastos?	45
¿Hay una fecha límite para usar el vale?	45
Tengo un problema con mi beneficio suplementario por la pérdida de trabajo. ¿Qué puedo hacer?.....	45
<i>Si Usted Se Lesionó Entre 2004 y 2012</i>	
¿Qué es un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo?.....	46
¿Cuál es el monto en dólares de este beneficio?	46
¿Cómo puedo obtener este beneficio?.....	46
¿Cuándo recibo el vale?.....	46

¿A cuáles instituciones puedo asistir?	47
¿A cuál consejero vocacional y de regreso al trabajo puedo recurrir?	47
¿Cómo puedo usar el vale para pagar los gastos?	47
¿Hay una fecha límite para usar el vale?	47
Tengo un problema con mi beneficio suplementario por la pérdida de trabajo. ¿Qué puedo hacer?	47
Capítulo 9. Para Obtener Más Información y Ayuda	48
Su Empleador	48
El Administrador de Reclamaciones	48
División Estatal de Compensación de Trabajadores o DWC (State Division of Workers' Compensation)	48
Comisión Estatal de Salud, Seguridad y Compensación de Trabajadores de California o CHSWC (State Commission on Health and Safety and Workers' Compensation).	49
Abogados de Solicitantes	49
El Médico de Cabeecera Que lo Atiende	49
Organizaciones Laborales	49
Clínicas de Salud Ocupacional	49
Grupos de Apoyo para Trabajadores Lesionados	49
Organizaciones y Agencias de Salud y Seguridad	50
Otras Agencias Estatales y Federales: Ayuda Financiera	50
Otras Agencias Estatales y Federales: Denuncias por Discriminación	51
Libros y Otros Materiales	52
Preguntas y Respuestas Acerca de los Servicios Estatales de Información y Asistencia	54
Oficinas Estatales de Información y Asistencia—Números de Teléfono	55
Preguntas y Respuestas Acerca de Abogados	56
Apéndice A. Leyes y Reglamentos Importantes	57
Apéndice B. Glosario	63

Introducción. Cómo Utilizar esta Guía

Esta guía presenta una perspectiva general del sistema de compensación de trabajadores de California. Tiene como objetivo ayudar a los trabajadores lesionados a comprender sus derechos legales básicos, los pasos a seguir para solicitar beneficios de compensación de trabajadores y cómo informarse y buscar ayuda.

La información provista en la guía es casi siempre cierta. Sin embargo, el sistema de compensación de trabajadores es complicado. La guía no describe completamente muchas reglas, excepciones o plazos que pueden aplicarse en su caso.

Por ejemplo, si la fecha de su lesión fue antes del 2004 o antes de las fechas de lesión detalladas en los diferentes capítulos y secciones de esta guía, sus beneficios y los pasos que debe seguir podrían ser diferentes.

Además, un contrato sindical u obrero-patronal establecido podría otorgarle derechos adicionales o exigir procedimientos diferentes. (Para informarse sobre derechos adicionales por acuerdos establecidos, vea *Cómo Establecer Derechos Adicionales en el Sistema de Compensación de Trabajadores en California: Consejos Prácticos para Sindicatos y Empleadores (2006)*, (*How to Create a Workers' Compensation Carve-Out in California: Practical Advice for Unions and Employers (2006)*), incluido en el Capítulo 9).

Todos los trabajadores, sin importar si tienen o no una lesión laboral, deben leer el Capítulo 1: "Los Principios Fundamentales de la Compensación de Trabajadores"

Si usted sufrió una lesión laboral, debe leer el Capítulo 2: "Después de Sufrir una Lesión Laboral". En este capítulo, lea la sección "Cómo Hacer Un Seguimiento de Su Reclamación" (página 15) para recibir consejos básicos para manejar su caso y proteger sus derechos, especialmente si experimenta demoras u otros problemas con el sistema de compensación de trabajadores.

Los siguientes capítulos tratan los diferentes tipos de beneficios de compensación de trabajadores, los pasos a seguir para resolver problemas relacionados con la atención médica y los informes médicos y cómo continuar trabajando por su empleador. Usted puede leer algunos o todos estos capítulos, dependiendo de su situación particular.

Capítulo 3: "Atención Médica"

Capítulo 4: "Resolución de Problemas con la Atención Médica y los Informes Médicos"

Capítulo 5: "Beneficios por Incapacidad Temporal"

Capítulo 6: "Seguir Trabajando para su Empleador Después de Lesionarse"

Capítulo 7: "Beneficios por Incapacidad Permanente"

Capítulo 8: "Beneficios Suplementarios por la Pérdida de Trabajo"

Como esta guía no abarca todas las situaciones posibles enfrentando a los trabajadores lesionados, el Capítulo 9: "Para Obtener Más Información y Ayuda" presenta una lista con recursos adicionales. Se incluyen agencias gubernamentales, abogados, proveedores de atención médica, sindicatos y grupos de apoyo. También se incluyen libros y otros materiales. Usted debe utilizar esos recursos para informarse mejor acerca de la compensación de trabajadores o para recibir ayuda específica pertinente a su caso.

Puede utilizar dos apéndices como referencia. El Apéndice A incluye "Leyes y Reglamentos Importantes" gobernando sus derechos y obligaciones. También explica cómo acceder a las leyes y a los reglamentos. El Apéndice B contiene un "Glosario" explicando brevemente muchos términos comúnmente utilizados en el área de compensación de trabajadores.



Esta edición de la guía describe el sistema de compensación de trabajadores a partir de julio de 2014, en un momento cuando el sistema estaba experimentando muchos cambios. Trabajadores usando la guía también deben chequear actualizaciones publicadas en el sitio web de la División de Compensación de Trabajadores (DWC) estatal: www.dwc.ca.gov.

Capítulo 1. Los Principios Fundamentales de la Compensación de Trabajadores



¿Qué es la compensación de trabajadores?

Si usted se lesiona en su trabajo, la ley obliga a su empleador a pagarle beneficios de compensación de trabajadores. Podría lesionarse de las siguientes maneras:

- **Un incidente en el trabajo.** Ejemplos: lastimarse la espalda al caerse, quemarse su piel con un producto químico, lesionarse en un accidente automovilístico al hacer entregas.
- **Exposiciones repetidas en el trabajo.** Ejemplos: lastimarse la mano, la espalda u otra parte del cuerpo por repetir constantemente el mismo movimiento, perder la capacidad auditiva causada por ruidos fuertes y constantes.

La compensación de trabajadores cubre solo algunas de las lesiones relacionadas con el estrés (psicológicas) causadas por su trabajo. Además, la compensación de trabajadores no cubre lesiones reportadas al empleador después de que un trabajador sea despedido o suspendido. Para informarse sobre lo cubierto por la compensación de trabajadores, use los recursos del Capítulo 9, “Para Obtener Más Información y Ayuda”.

¿Cuáles son los beneficios?

Los beneficios pueden incluir:

Atención Médica. Pagada por su empleador, ayudándole a recuperarse de una lesión o enfermedad laboral. Incluye las consultas médicas y otros tratamientos, exámenes, medicamentos, equipo y gastos de viaje razonablemente necesarios para tratar su lesión.

Beneficios por Incapacidad Temporal. Pagos por salarios perdidos causados por su lesión impidiéndole hacer su trabajo habitual mientras se recupera.

Beneficios por Incapacidad Permanente. Pagos por si no se recupera completamente y su lesión causa una pérdida permanente de su función física o mental medible por un médico.

Beneficios Suplementarios por la Pérdida de Trabajo. Un vale ayudándole a pagar para reciclarse o para mejorar sus habilidades si cumple los requisitos para recibir beneficios por incapacidad permanente, su empleador no le ofrece trabajo y no vuelve a trabajar por él o ella. Este beneficio está disponible para trabajadores lesionados durante o después del año 2004.

Beneficios por Muerte. Pagos a su cónyuge, sus hijos u otros familiares a su cargo si usted muere por una lesión o enfermedad laboral.

Para ver ejemplos de pagos de compensación de trabajadores, vea la página 11.

¿Puedo atenderme con mi médico habitual si sufro una lesión laboral?

Puede hacerlo si notifica a su empleador **por escrito y antes** de lesionarse el nombre y la dirección de su médico personal o de un grupo médico. Esto se conoce como “hacer una designación previa” de su médico personal o del grupo médico. Si usted hace la designación previa, puede ver a su médico personal inmediatamente después de lesionarse.

Si usted hace la designación previa, puede ver a su médico personal inmediatamente después de lesionarse.

Cómo hacer una designación previa

Para hacer una designación previa de su médico personal (en caso de cumplir los requisitos), debe notificárselo a su empleador por escrito. Usted puede preparar su propia declaración escrita, utilizar el Formulario DWC 9783 de la División de Compensación de Trabajadores (DWC) estatal, o utilizar aquel suministrado por su empleador. Para descargar de Internet el formulario DWC 9783, visite: www.dwc.ca.gov (siga el enlace a: "Forms"). **Nota:** Si su empleador o la compañía de seguro contratan con una organización de atención médica (HCO), debe usar otro formulario, como se explica en la página siguiente.

Asegúrese de incluir la siguiente información:

1. El nombre de su empleador;
2. Una declaración señalando que si por acaso sufre una lesión laboral, usted designa a su médico personal para proporcionarle atención médica. Debe proporcionar el nombre, la dirección y el número de teléfono del médico;
3. Su nombre;
4. Su firma;
5. La fecha.

Usted puede hacer una designación previa de un doctor en medicina (M.D.) o en osteopatía (D.O.) que lo atendió anteriormente y que tiene su expediente médico. El médico debe ser su médico de cabecera y, a la vez, un doctor en medicina general, internista, pediatra, obstetra-ginecólogo o de práctica familiar.

Usted no puede hacer una designación previa de su quiropráctico o acupuntor personal. Sin embargo, si le proporciona a su empleador por escrito el nombre de su quiropráctico o acupuntor personal antes de lesionarse, puede cambiar y atenderse con ellos cuando lo solicite, después de primero asistir a una consulta con un médico elegido por el administrador de reclamaciones (una persona encargada de las reclamaciones de compensación del trabajador para los empleadores).

También podrá hacer una designación previa de un grupo médico si cumple con los siguientes requisitos:

- Está compuesto de doctores en medicina matriculados (M.D.) o en osteopatía (D.O.)
- Ofrece y coordina la atención médica primaria y la de otras especialidades médicas
- Trata principalmente las condiciones médicas no relacionadas con el trabajo

Usted no puede hacer una designación previa a menos que el médico o grupo médico que designa previamente acepte de antemano atender sus lesiones y enfermedades laborales. Puede documentar el acuerdo a través de una firma del formulario de designación previa u otro tipo de documentación solicitada del médico, un empleado del médico, o un empleado del grupo médico. Incluya la documentación cuando le entrega el formulario de designación previa o la declaración a su empleador.

¿Cualquier empleado puede hacer una designación previa?

No. Usted sólo puede hacer designación previa si a la fecha de la lesión existe ya un seguro médico grupal cubriendo las condiciones médicas no relacionadas con su trabajo. Sin esta cobertura, no puede hacer la designación previa.

¿Existen reglas diferentes para hacer una designación previa si mi empleador o la compañía de seguro contratan con una organización de atención médica (HCO)?

Sí. Una organización de atención médica o HCO (Health Care Organization) es certificada por la División de Compensación de Trabajadores del estado para ofrecer atención médica administrada a los trabajadores lesionados. Si su empleador o la compañía de seguro contratan con una HCO, ellos deben proporcionarle el formulario DWC 1194 dentro de los 30 días posteriores a su contratación y al menos cada año. Usted puede utilizar este formulario para hacer la designación previa de su médico, quiropráctico o acupuntor particular. No hace falta demostrar que su médico aceptó ser previamente designado. Si usted no hace una designación previa cuando recibe este formulario, su empleador lo inscribirá en la HCO para atenderlo por lesiones laborales.

¿Qué debo hacer si me lesiono en el trabajo o si tengo un problema médico relacionado con el trabajo?

Informe a su empleador de su lesión o enfermedad laboral. Repórteselo a su supervisor o a otra persona de la gerencia cuanto antes. Si su lesión o enfermedad se desarrolló gradualmente (como la tendinitis o la pérdida de audición), repórtela inmediatamente al enterarse o si sospecha que provino de su trabajo. Informar inmediatamente ayuda a prevenir problemas y retrasos en recibir los beneficios, incluyendo la atención médica. Si su empleador no se da cuenta de su lesión dentro de los primeros 30 días, usted podría perder el derecho a recibir beneficios de compensación de trabajadores.

Reciba atención de emergencia si es necesario. Si se trata de una emergencia médica, llame al 911 o vaya a una sala de emergencias inmediatamente. Su empleador debe asegurarse de que reciba atención de emergencia inmediata, y puede indicarle a dónde dirigirse para ser atendido. Informe al personal médico que su lesión o enfermedad provienen de su trabajo.

Para informarse sobre pasos a seguir, vea el Capítulo 2.

¿Qué puedo hacer para evitar lesionarme en el trabajo?

Es mejor prevenir lesiones que curarlas. Los empleadores de California deben establecer un Programa de Prevención de Lesiones y Enfermedades. El programa debe incluir capacitación del personal, inspecciones del lugar de trabajo y procedimientos para corregir oportunamente las condiciones inseguras. Infórmese y participe en el programa de su empleador. Informe a su empleador y a su sindicato (si tiene uno) sobre cualquier condición insegura. Si no le responden, llame a la Cal/OSHA, la agencia estatal responsable de hacer cumplir las leyes de salubridad y seguridad.

¿Sabía usted que...?

- Su empleador debe pagar los gastos de atención médica cuando se lesiona en el trabajo, aunque no se ausente del trabajo.
- Usted puede cumplir los requisitos para recibir beneficios aunque sea empleado de tiempo parcial o temporal.
- Usted puede recibir beneficios de compensación de trabajadores como cualquier otro empleado aunque se considere “contratista independiente”.
- No hace falta ser residente legal de Estados Unidos para recibir la mayoría de los beneficios de compensación de trabajadores.
- Usted normalmente recibe beneficios sin importar quién fue culpable por su lesión laboral.
- Usted no puede enjuiciar a su empleador por su lesión laboral en el Tribunal Superior de Justicia o Superior Court (casi nunca).
- Es ilegal si su empleador lo sanciona o despide por lesiones laborales o por solicitar beneficios de compensación de trabajadores si su lesión provino de su trabajo.

Ejemplos de Beneficios de Compensación de Trabajadores

Beneficios por Incapacidad Total Temporal

FECHA DE LA LESIÓN	PAGOS MÍNIMOS	PAGOS MÁXIMOS
2008	\$137.45 por semana	\$916.33 por semana
2009	\$137.45 por semana	\$958.01 por semana
2010	\$148.00 por semana	\$986.69 por semana
2011	\$148.00 por semana	\$986.69 por semana
2012	\$151.57 por semana	\$1,010.50 por semana
2013	\$160.00 por semana	\$1,066.72 por semana
2014	\$161.19 por semana	\$1,074.64 por semana

Ejemplos de Beneficios por Incapacidad Permanente

A continuación, se encuentran sólo algunos ejemplos. Se aplican a trabajadores ganando más de \$435 por semana antes de lesionarse y cuyo empleador tiene menos de 50 empleados. Los ejemplos no se ajustan por edad, ocupación u otros factores causando incapacidad ("prorateo").

INCAPACIDAD	LESIÓN ENTRE 2005 Y 2012	LESIÓN EN 2013	LESIÓN EN 2014
Pérdida total de la vista en un ojo, con visión normal en el otro	\$19,665.00 (total)	\$27,312.50 (total)	\$34,437.50 (total)
Amputación del dedo índice en la articulación media	\$6,210.00 (total)	\$7,877.50 (total)	\$9,932.50 (total)

Beneficios Suplementarios por la Pérdida de Trabajo

FECHA DE LA LESIÓN	BENEFICIO MÁXIMO
Desde 2004 hasta 2012	Entre \$4,000 y \$10,000, basado en la clasificación de la incapacidad permanente
A partir de 2013	\$6,000

Muerte: Ejemplos para cuando hay tres o más dependientes totales

A continuación se encuentran sólo algunos ejemplos. También hay beneficios disponibles si hay menos de tres dependientes totales o si hay dependientes parciales.

Gastos de entierro:

Fecha de la lesión antes de 2013: hasta \$5,000

Fecha de la lesión a partir de 2013: \$10,000

Beneficios por defunción si hay tres o más dependientes:

Lesión ocurrida a partir del año 2006: \$320,000 (total)

(Independientemente de los montos indicados arriba, los beneficios por defunción pagados a un niño totalmente dependiente continúan hasta que cumpla 18 años. Si el niño padece de incapacidad física o mental, los beneficios continúan de por vida).

Capítulo 2. Después de Sufrir una Lesión Laboral



¿Qué debo hacer después de informar a mi empleador sobre mi lesión o enfermedad?

Después de informar a su empleador de su lesión y recibir atención de emergencia, si se requiere (vea el Capítulo 1), siga los pasos a continuación.

Llene un formulario de reclamación y entrégueselo a su empleador

Su empleador debe darle o enviarle un Formulario de Reclamación de Compensación de Trabajadores (DWC 1) dentro de un día laborable a partir del momento de informarle sobre la lesión o enfermedad (o cuando se da cuenta de ella). Use el formulario para solicitar beneficios de compensación de trabajadores. Si su empleador no le proporciona un formulario para solicitar sus beneficios, solicíteselo a un funcionario de la oficina estatal de Información y Asistencia (vea las páginas 54-55).

Lea toda la información acompañando el formulario para solicitar sus beneficios. Llene y firme la sección correspondiente al “empleado”. Describa su lesión completamente. Incluya las partes del cuerpo afectadas por la lesión. Entregue o envíe el formulario a su empleador. Esto se llama “presentación de la reclamación”. Haga esto inmediatamente para evitar posibles problemas con su reclamación. Si envía el formulario a su empleador, use correo de primera clase o certificado y compre un acuse de recibo.

Reciba buena atención médica

Usted debe ser atendido por un médico bien informado sobre su lesión o enfermedad. El Capítulo 3, páginas 16-20, explica cómo elegir a este médico, llamado el “médico de cabecera que lo atiende” o “doctor de cabecera que lo atiende”. Su función es la siguiente:

- Recomendar y dirigir el tratamiento para su lesión o enfermedad laboral en general.
- Ayudar a determinar cuándo volverá al trabajo.
- Ayudar a identificar los trabajos disponibles y menos arriesgados mientras se recupera.
- Derivarlo a especialistas si hace falta.
- Redactar informes médicos que ayudan a determinar sus beneficios.

Explíquelo al médico sus síntomas y las circunstancias laborales causantes de la lesión. También describa su trabajo y su ambiente laboral.

¿Qué sucede después de presentar la reclamación?

Su empleador debe completar y firmar la sección del formulario correspondiente al “empleador” y darle el formulario completo a un administrador de reclamaciones. Esta persona se encarga de las reclamaciones de compensación de trabajadores por su empleador. (La mayoría de ellos trabajan para compañías de seguro u otras organizaciones administradoras de reclamaciones para los empleadores. Algunos de ellos trabajan directamente para grandes empleadores administrando sus propias reclamaciones. A esta persona también se le puede llamar examinador o ajustador de reclamaciones). Su empleador debe darle o enviarle una copia del formulario completo dentro de un día laborable después de presentarlo. **Guarde esa copia.**

El administrador de reclamaciones debe decidir dentro de un periodo razonable si aceptar o negar su reclamación.

Para obtener consejos acerca de cómo hacer un seguimiento de su reclamación, vea la página 15. Vea también el Capítulo 9: Para Obtener Más Información y Ayuda.

“Aceptar” la reclamación significa que el administrador de reclamaciones cree que su lesión cumple los requisitos para recibir beneficios de compensación de trabajadores. Si el administrador acepta su reclamación, recibirá atención médica pagada por su lesión. Usted también puede recibir pagos para compensar los salarios perdidos. Para informarse sobre ellos, vea el Capítulo 5: “Beneficios por Incapacidad Temporal”.

“Negar” la reclamación significa que el administrador de reclamaciones determina que su lesión no cumple los requisitos para recibir beneficios de compensación de trabajadores. Si el administrador le envía una carta negando su reclamación, usted puede apelar esa decisión. No se demore, existen **plazos** para presentar la documentación necesaria. Para obtener ayuda con su reclamación, use los recursos del Capítulo 9.

Si no tengo novedades del administrador de reclamaciones, ¿mi reclamación está aceptada?

El administrador de reclamaciones debe decidir aceptar o negar su reclamación dentro de un periodo razonable. Si tiene preguntas sobre demoras en su reclamo, use los recursos del Capítulo 9. Si el administrador de reclamaciones no le envía una carta negando su reclamación dentro de 90 días después de su presentación del formulario ni informó acerca de su lesión, casi siempre, su reclamación se considera aceptada.

¿Quién decide cual tipo de trabajo puedo hacer mientras me recupero?

El médico de cabecera que lo atiende debe explicar en un informe médico:

- Los trabajos disponibles mientras se recupera.
- Los cambios implementados en su horario de trabajo o en sus tareas laborales.

Usted, el médico de cabecera que lo atiende, su empleador y su abogado (si tiene uno) deben revisar la descripción de sus tareas laborales y analizar los cambios necesarios en su trabajo. Por ejemplo, su empleador puede darle un horario de trabajo reducido o asignarle menos tiempo a ciertas tareas. Vea el Capítulo 6: “Seguir Trabajando para su Empleador Después de Lesionarse”.

Si usted no coincide con el médico de cabecera que lo atiende, debe comunicárselo inmediatamente al administrador de reclamaciones por escrito, o podría perder derechos importantes. Para ver los pasos a seguir si no coincide con un informe médico, vea el Capítulo 4: “Resolución de Problemas con la Atención Médica y los Informes Médicos”.

NOTA

En el formulario, aparece un mensaje señalando la ilegalidad del fraude para:

- obtener pagos o beneficios de compensación de trabajadores o
- negarle a un trabajador lesionado estos beneficios.

El fraude es un delito grave. Esta ley se aplica a todos aquellos dentro del sistema de compensación de trabajadores, incluyendo trabajadores lesionados, empleadores, administradores de reclamaciones, médicos y abogados.

Para denunciar un fraude, contacte a la oficina local del fiscal del distrito o al Departamento de Seguro de California o DOI (California Department of Insurance).

Usted puede llamar al DOI sin cargo al 1-800-927-4357 y pedir el número telefónico de la oficina más cerca de la División de Fraude.

También puede visitar el sitio web del DOI: www.insurance.ca.gov (siga el enlace a: “Fraud”).

Temo ser despedido por mi lesión. ¿Puede despedirme mi empleador?

Es ilegal si su empleador lo sanciona o despide por lesiones laborales o por reclamar compensación de trabajadores si su lesión provino de su trabajo. También es contra la ley si su empleador sanciona o despide a sus compañeros de trabajo por declarar en su caso. El Código Laboral de California (sección 132a) prohíbe este tipo de discriminación.

Además, la Ley federal de Ausencia Familiar y Médica o FMLA (Family and Medical Leave Act) y la Ley de Derechos Familiares de California o CFRA (California Family Rights Act) señalan que un empleador con al menos 50 empleados generalmente debe otorgar permisos de hasta 12 semanas, sin goce de sueldo y sin perder su puesto, si necesita licencia por un problema médico grave.

Si usted no se recupera totalmente de su lesión, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades o ADA (Americans With Disabilities Act) y la Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda o FEHA (Fair Employment and Housing Act) de California establecen que es contra la ley ser discriminado por su empleador por una incapacidad grave.

Si usted sospecha que puede perder su empleo, busque ayuda. Use los recursos del Capítulo 9. Recuerde los plazos para defender sus derechos.

Además de los beneficios de compensación de trabajadores, ¿puedo recibir algún otro tipo de ayuda financiera?

Puede haber otros tipos de ayuda disponibles:

- Seguro Estatal por Incapacidad o SDI (State Disability Insurance) o, en algunas ocasiones, beneficios pagados por el Departamento del Desarrollo del Empleo o EDD (Employment Development Department) cuando se demoran o se niegan los pagos de compensación de trabajadores. (Usted debe presentar una reclamación de beneficios por SDI o UI si dejó de trabajar después de lesionarse, por si existe algún problema con su reclamación de compensación de trabajadores. Comuníquese con el EDD para informarles de su lesión.)
- Beneficios por incapacidad del Seguro Social pagados por la Administración de Seguro Social de Estados Unidos o SSA (Social Security Administration) por incapacidad total (estos beneficios pueden verse reducidos por los pagos recibidos de compensación de trabajadores).
- Beneficios ofrecidos por empleadores y sindicatos, por ejemplo, permiso por enfermedad, seguro médico grupal o por incapacidad a largo plazo o LTD (long term disability) y planes de continuación de salario.
- Una demanda o juicio si alguien además de su empleador causa su lesión.

Para informarse más acerca de estos tipos de asistencia adicionales, use los recursos del Capítulo 9.



Cómo hacer un seguimiento de su reclamación

Sin importar si experimenta obstáculos o no:

- **Lleve un registro completo.** Usted probablemente recibirá y llenará muchos formularios y otros papeles. Guarde copias de *todo*, incluyendo los sobres con matasellos con las fechas de envío.
 - Anote todas las conversaciones con la gente involucrada en su caso.
 - Lleve un registro de su condición médica y de cómo afecta su capacidad para trabajar.
 - Solicítele por escrito al administrador de reclamaciones copias de todos los informes médicos y de otros documentos.
 - Guarde los horarios de trabajo y recibos de sueldos anteriores y posteriores a su lesión donde consten sus ingresos, las fechas trabajadas y las que no.
 - Lleve un registro de todos sus gastos posiblemente cubiertos por la compensación de trabajadores (como medicamentos recetados y viajes a consultas médicas).
- **Infórmese acerca de la compensación de trabajadores.** Son complicadas las leyes y los procedimientos de compensación de trabajadores. Lo aplicable en el caso de otro trabajador lesionado puede no serlo en el suyo. Infórmese sobre sus derechos y no tema hacer preguntas. Use los recursos del Capítulo 9.

Muchos trabajadores lesionados reciben beneficios rápidamente y sin dificultades. Otros experimentan obstáculos y retrasos. Esta sección ofrece consejos para hacerse cargo de su caso y para proteger sus derechos.

Si algo le preocupa, dígalo. Procure que accedan a resolver su problema el **empleador** o el **administrador de reclamaciones**. Si esto no funciona, no se demore en buscar ayuda. Trate de hacer lo siguiente:

- **Comuníquese con un funcionario de Información y Asistencia.** Los funcionarios de la oficina estatal de Información y Asistencia (I&A) ayudan y responden a las preguntas de trabajadores lesionados. Pueden suministrarle información, formularios y también ayudarlo a resolver problemas. Algunos funcionarios de I&A dan clases a trabajadores lesionados. Para más información, vea las páginas 54-55, o visite www.dwc.ca.gov. Para ponerse en contacto con una oficina local, consulte las Páginas del Gobierno en la primera sección de las páginas blancas de la guía telefónica. Busque bajo: State Government Offices/ Industrial Relations/Workers' Compensation.
- **Consulte un abogado.** Los abogados que representan a trabajadores lesionados en sus casos de compensación de trabajadores se llaman abogados de solicitantes. Su trabajo consiste de proteger los derechos de su cliente (usted), planear la estrategia del caso, conseguir información para respaldar su demanda, llevar un registro de los plazos y representarlo en audiencias ante un juez de compensación de trabajadores. Para más información, vea la página 56. Usted puede obtener una lista de abogados de solicitantes en la oficina del State Bar of California (1-415-538-2120; sitio web: www.calbar.ca.gov), en una asociación de abogados local o en la Asociación de Abogados de Solicitantes de California (*California Applicants' Attorneys Association*) (1-800-648-3132; sitio web: www.caaa.org).
- **Comuníquese con su sindicato.** Su sindicato puede ayudarlo a resolver problemas, informarle sobre otros beneficios, negociar cambios necesarios en su trabajo, protegerlo contra discriminación en el lugar de trabajo y ponerlo en contacto con servicios legales.
- **Sea su propio representante.** Si usted no obtiene ayuda de los recursos mencionados aquí, puede preparar su propio caso y pedir una audiencia ante un juez de compensación de trabajadores. Para obtener información de cómo hacerlo, comuníquese con un funcionario de Información y Asistencia (vea la página anterior).

Capítulo 3. Atención Médica



Para obtener consejos acerca de cómo hacer un seguimiento de su reclamación, vea la página 15. Vea también el Capítulo 9: Para Obtener Más Información y Ayuda.

¿Quién cubre los gastos de mi atención médica?

Su empleador cubre los gastos de atención médica de su lesión o enfermedad laboral, a través de un seguro de compensación de trabajadores o de uno propio. El administrador de reclamaciones paga las facturas médicas. Usted jamás debe recibir una factura médica, siempre y cuando presenta un formulario de reclamación de beneficios y su médico sabe que se trata de una lesión laboral.

Se considera ilegal cuando un médico o un centro de atención médica envían la factura al trabajador sabiendo que la lesión es o podría ser laboral. Esta ley está en la sección 3751(b) del Código Laboral de California.

¿Qué tipo de atención médica reciben los trabajadores lesionados?

La ley de compensación de trabajadores de California obliga a los administradores de reclamaciones a autorizar y pagar los gastos de la atención médica que “razonablemente se requiera para curar o aliviar” los efectos de la lesión. Esto significa atención médica basada en las pautas de tratamiento médico con base científica.

Pautas de tratamiento médico utilizadas en California

Las pautas de tratamiento médico actualmente utilizadas en California están en el Catálogo de Utilización de Tratamientos Médicos (MTUS) publicado por la División de Compensación de Trabajadores (DWC). El MTUS incluye partes de las Pautas de la Práctica de la Medicina Ocupacional, Segunda Edición (Occupational Medicine Practice Guidelines, Second Edition), publicadas por el Colegio Estadounidense de Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente o ACOEM (American College of Occupational and Environmental Medicine). También incluyen pautas para tratamientos de acupuntura, dolor crónico y pos-quirúrgicos.

Las pautas de tratamiento médico se diseñaron para ayudar a los médicos a ofrecer los tratamientos adecuados. Esto incluye asesorar y guiar al trabajador lesionado para mantenerse activo durante su recuperación e informarle al empleador sobre cambios laborales necesarios para impulsar la recuperación. Dichos cambios podrían implicar asignar tareas diferentes, reducir las horas de trabajo u otras modificaciones seguras y apropiadas para esa lesión en particular.

Si su médico recomienda un tratamiento no incluido en las pautas

Algunos trabajadores lesionados padecen condiciones médicas requiriendo un tratamiento no incluido en las pautas del MTUS. Si su médico recomienda seguir un tratamiento ausente entre estas pautas, el administrador de reclamaciones lo pagará si éste sigue pautas con base científica generalmente reconocidas por la comunidad médica nacional. (Algunas de ellas, por ejemplo, están disponibles en Internet en el sitio web de la Cámara Nacional de Compensación de Pautas o *National Guideline Clearinghouse* en: www.guideline.gov).

Si su caso se resuelve con un acuerdo de atención médica futura

Si usted y el administrador de reclamaciones resuelven su caso de compensación de trabajadores acordando a continuar la atención médica por su lesión, las pautas y reglas de tratamiento médico anteriormente descritas aún se aplican en su caso. Las pautas y reglas se aplican a **todos** los tratamientos, aun en los casos resueltos antes de que fueran incorporadas a la ley de compensación de trabajadores.

Límites de visitas al quiropráctico, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional

Si su lesión ocurrió a partir de 2004, tiene un tope máximo de 24 visitas, ya sea con el quiropráctico, con el fisioterapeuta o con el terapeuta ocupacional por su lesión (excepto por las consultas incluidas en las pautas de tratamiento posquirúrgico), a menos que el administrador de reclamaciones autorice por escrito visitas adicionales. Además, sin importar la fecha de la lesión, usted puede estar sujeto a otros límites a estas visitas sobre la base de las pautas de tratamiento médico descritas anteriormente.

¿Cuándo comienza mi atención médica?

Ante una emergencia, su empleador debe asegurar su acceso a tratamiento de emergencia inmediato. En el caso de atención no urgente, el administrador de reclamaciones debe autorizar el tratamiento como máximo un día laborable después de su presentación de la reclamación. Mientras se investiga su reclamación, debe autorizarse el tratamiento necesario hasta un valor de \$10,000.

¿Qué debo hacer si el administrador de reclamaciones no autoriza el tratamiento inmediatamente?

Hable con su supervisor, con otra persona de la gerencia o con el administrador de reclamaciones y recuérdelos la exigencia legal de proporcionar atención médica inmediata. Esta ley está en la sección 5401(c) del Código Laboral de California. Pida autorización para recibir el tratamiento de inmediato, mientras espera la decisión acerca de su reclamación.

Si el administrador de reclamaciones no autoriza el tratamiento, use su propio seguro médico para ser atendido. Su seguro médico luego pedirá el reembolso del administrador de reclamaciones.

Si usted no tiene seguro médico, procure encontrar un médico, clínica u hospital que lo atienda sin recibir pago inmediato. Ellos luego pedirán el reembolso al administrador de reclamaciones.

Para disputar la decisión del administrador de reclamaciones negando el tratamiento o para solicitar multas o presentar quejas, vea el Capítulo 4, página 25.

¿Sabía usted que...?

- Su empleador debe exhibir la información sobre sus derechos de compensación de trabajadores, incluyendo el de hacer una designación previa de su médico particular en caso de lesionarse en el trabajo.
- Si su empleador o compañía de seguro tienen una red de proveedores médicos, ellos deben proporcionarle información por escrito sobre los derechos, procedimientos y servicios para la atención dentro de la red.
- Usted tiene derecho a solicitar y recibir copias de todos los informes médicos afectando sus beneficios.
- Usted tiene derecho a tener a otra persona presente durante un examen médico o a grabarlo. También tiene derecho a tener a un intérprete presente si lo requiere para comunicarse con el médico. **Nota:** Usted debe avisarle a su médico si piensa grabar el examen médico.

En el caso de atención médica no urgente, ¿quién puede atenderme inmediatamente después de lesionarme?

Esto depende de si su empleador o compañía de seguro tienen una red de proveedores médicos (MPN) o si contratan con una organización de atención médica (HCO) para atender a los trabajadores lesionados, y de si usted hizo una designación previa de su médico particular o grupo médico.

Si usted hizo una designación previa de su médico particular o grupo médico

Los trabajadores con cobertura de asistencia médica para condiciones no relacionadas al trabajo pueden hacer una designación previa de su médico particular o grupo médico antes de lesionarse. Para obtener información acerca de cómo hacer esto, vea el Capítulo 1. Si usted hizo una designación previa, podrá ver a su médico particular o a su grupo médico inmediatamente después de lesionarse.

Si hay una red de proveedores médicos o MPN (Medical Provider Network)

Una red de proveedores médicos (MPN) es una lista de grupos de médicos y otros proveedores de atención médica que atienden a los trabajadores lesionados. Las MPN deben aprobarse por la División de Compensación de Trabajadores (DWC) estatal. Un empleador o compañía de seguro con una MPN deben darle información por escrito sobre ella.

Si su empleador o compañía de seguro tienen una red de proveedores médicos o MPN, casi siempre será atendido primero en la MPN luego de lesionarse, a menos que hizo una designación previa.

Si hay una organización de atención médica o HCO (Health Care Organization)

Una organización de atención médica o HCO es certificada por la División de Compensación de Trabajadores (DWC) y es contratada por un empleador o por una compañía de seguro para ofrecer atención médica administrada a trabajadores lesionados. La mayoría de los empleadores y compañías de seguro no contratan con las HCO. Un empleador o compañía de seguro contratando con una HCO deben darles a sus empleados un formulario preparado por la División de Compensación de Trabajadores estatal, el formulario DWC 1194, permitiéndoles elegir si desean inscribirse en la HCO. Los empleados nuevos deben recibirlo dentro de 30 días a partir de su contratación y los actuales al menos cada año. Este formulario está en el Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9779.4, y puede descargarse de Internet. (Para información sobre cómo acceder a los reglamentos, vea el Apéndice A).

Si su empleador o la compañía de seguro contratan con una HCO, casi siempre, usted primero recibirá atención en la HCO después de lesionarse, a menos que hizo una designación previa.

Si no hay una red de proveedores médicos (MPN) ni una organización de atención médica (HCO)

Si su empleador o la compañía de seguro no tienen una MPN y tampoco contratan con una HCO, casi siempre el administrador de reclamaciones puede elegir cual médico lo atenderá primero después de lesionarse, a menos que hizo una designación previa.

Otras situaciones cuando usted puede elegir quién lo atienda inmediatamente después de lesionarse

A veces, un trabajador lesionado puede elegir el médico de cabecera que lo atienda sin hacer una designación previa:

- Si su empleador no le envió información obligatoria sobre los derechos de compensación de trabajadores y tampoco le ofreció tratamiento aun después de enterarse de su lesión, usted puede ver a su médico personal inmediatamente después de lesionarse.
- Si su empleador o compañía de seguro lo envían a recibir un tratamiento totalmente inadecuado o se niegan a proveerle la atención médica necesaria, usted puede ver a un médico de su elección. No tiene que ser su médico personal.

Si una de estas situaciones describe su caso y desea ser atendido por su médico personal o por otro de su elección, procure ayuda inmediata para evitar posibles disputas sobre la elección de su médico. Use los recursos del Capítulo 9.

¿Puedo cambiar de médico para ser atendido?

Sí. Sin embargo, sus opciones dependen de si lo están atendiendo en una red de proveedores médicos (MPN) o en una organización de atención médica (HCO) y de si hizo una designación previa de su médico personal.

Opciones si lo atienden en una MPN

Si a usted lo atienden en una red de proveedores médicos (MPN), después del primer examen médico de su lesión, se le permite cambiar y atenderse con otro médico de la red y puede volver a hacerlo cuando sea razonable. Su empleador o compañía de seguro deben proporcionarle información por escrito sobre cómo hacerlo y ofrecerle servicios para ayudarle a encontrar un médico disponible. Casi nunca se permite cambiarse a un médico fuera de la MPN.

Opciones si lo atienden en una HCO

Si a usted lo atienden en una organización de atención médica (HCO), se le permite cambiar de médico al menos una vez para ser atendido por un médico de su elección dentro de la HCO. La HCO debe proporcionarle una selección de médicos dentro de los 5 días contados a partir de solicitar el cambio.

Si usted tiene cobertura a través de un seguro médico proporcionado por su empleador, entonces puede cambiar y ser atendido por un médico fuera de la HCO 180 días después de informarle al empleador de su lesión o enfermedad. Si no la tiene, entonces puede cambiar y ser atendido por un médico fuera de la HCO 90 días después de informarle al empleador sobre su lesión o enfermedad.

Cuando usted se cambia a un médico fuera de la HCO, el nuevo médico puede ser un doctor en medicina, osteópata, psicólogo, acupuntor, optometrista, dentista, podólogo o quiropráctico. (Después de recibir su número máximo de consultas quiroprácticas, como se describe en la página 20, el quiropráctico no puede continuar siendo el médico que lo atiende.) Usted o el nuevo médico deben darle al administrador de reclamaciones el nombre y la dirección del médico. Esto le permite al administrador de reclamaciones obtener informes médicos y pagar su atención médica. Puede volver a cambiar de médico cuando sea razonable.

Opciones si a usted no lo atienden en una MPN ni en una HCO y no hizo una designación previa

Si a usted no lo atienden en una MPN ni en una HCO, y tampoco hizo una designación previa de su médico personal, tiene derecho a cambiarse de médico una vez durante los primeros 30 días después de informarle a su empleador de su lesión o enfermedad. Sin embargo, el administrador de reclamaciones generalmente puede elegir el nuevo médico. Pero si le dio a su empleador el nombre de su quiropráctico o acupuntor personal por escrito antes de lesionarse, puede ser atendido por ellos cuando lo solicite, después de ser atendido primero por un médico elegido por el administrador de reclamaciones. (Después de recibir su número máximo de consultas quiroprácticas, como se describe en la página 20, el quiropráctico no puede continuar siendo el médico que lo atiende.)

Después de 30 días, usted puede cambiarse a un médico de su elección si aún necesita atención médica y su empleador o el administrador de reclamaciones aún no tienen una red de proveedores médicos. El nuevo médico puede ser un doctor en medicina, osteópata, psicólogo, acupuntor, optometrista, dentista, podólogo o quiropráctico. (Un quiropráctico tendrá el tope de un número máximo de consultas, como se describió anteriormente). Usted o el nuevo médico deben darle al administrador de reclamaciones el nombre y la dirección del médico. Esto le permite obtener informes médicos y pagar su atención médica. Puede volver a cambiar de médico cuando sea razonable.

Opciones si a usted lo atiende un médico particular designado previamente

Si hay una MPN: Si a usted lo atiende un médico designado previamente y su empleador o la compañía de seguro tienen una red de proveedores médicos (MPN), puede cambiarse de médico dentro de la MPN, y puede volver a hacerlo dentro de la MPN cuando sea razonable. Su empleador o la compañía de seguro deben proporcionarle información por escrito de cómo elegir un médico dentro de la MPN y ofrecerle servicios para ayudarlo a encontrar un médico disponible. Sin embargo, el médico personal designado previamente puede derivarlo a otro médico fuera de la MPN para una consulta o para tratamiento especializado.

Si hay una HCO: Si a usted lo atiende un médico designado previamente y su empleador o la compañía de seguro contratan con una HCO, puede cambiar y ser atendido por un nuevo médico dentro de la HCO. Puede volver a hacerlo dentro de la HCO y posteriormente ser atendido por uno fuera de la HCO tal como se describió anteriormente en “Opciones si lo atienden en una HCO”.

Si no hay una MPN ni una HCO: Si a usted lo atiende un médico designado previamente y su empleador o compañía de seguro no tienen una MPN y tampoco contratan con una HCO, puede cambiar de médicos como se describió anteriormente en “Opciones si a usted no lo atienden en una MPN ni en una HCO y no hizo una designación previa”.

¿Cómo puedo evitar problemas para obtener el tratamiento apropiado?

Asegúrese de entender el plan de tratamiento de su médico de cabecera y solicite copias de todos los informes médicos redactados por él y cualquier especialista sobre su lesión. El médico debe enviarle estos informes al administrador de reclamaciones. Ellos detallan la naturaleza y las causas de su lesión, el tratamiento necesario y los tipos de tareas recomendables mientras se recupera. El médico y administrador de reclamaciones deben darle copias cuando las solicita (a excepción de algunos casos cuando se solicitan expedientes de salud mental). Si tiene preguntas sobre un informe en particular, pregúntele al médico.

Capítulo 4. Resolución de Problemas con la Atención Médica y los Informes Médicos

No estoy de acuerdo con un informe médico redactado por el médico de cabecera que me atiende u otro que me atendió. ¿Qué puedo hacer?

Si usted tiene preguntas sobre un informe en particular, pregúntele a su médico de cabecera que lo atiende u a otro médico. A veces, los médicos opinan de manera diferente sobre las causas de una lesión, el tratamiento apropiado, el trabajo indicado durante su recuperación u otros asuntos. Puede disputar un informe médico.

¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con el médico que me atiende sobre el tratamiento necesario?

Si usted no coincide con el médico que lo atiende sobre el tratamiento necesario, puede buscar la opinión de otro médico. Los pasos a seguir para obtener otra opinión dependen de si lo están atendiendo en una red de proveedores médicos (MPN), una organización de atención médica (HCO), o en ninguna de estas.

Nota: Usted debe seguir los pasos indicados más adelante sólo para disputar una opinión acerca de los análisis o tratamientos médicos necesarios. Si desea disputar una opinión en un informe médico, como una sobre las causas de su lesión o las posibles tareas a realizar, vea las páginas 23 y 26.

Pasos a seguir si lo atienden en una MPN

Si usted recibe atención en una MPN y desea disputar el tratamiento prescrito por el médico que lo atiende, primero considere cambiar de médico dentro de la MPN. Su empleador o la compañía de seguro deben proporcionarle información por escrito sobre cómo hacerlo. Vea si puede ponerse de acuerdo con el nuevo médico.

Si no concurre con el nuevo médico, usted puede obtener opiniones de hasta dos médicos adicionales en la MPN. Éstas se llaman segundas y terceras opiniones. Su empleador o la compañía de seguro deben proporcionarle información por escrito sobre cómo hacer esto. Usted debe programar una cita con estos médicos dentro de los 60 días a partir de la fecha cuando el administrador de reclamaciones le entrega una lista de médicos disponibles. Si no las programa dentro de los 60 días, podría perder el derecho de obtener la opinión de otros médicos.

Si usted no coincide con el segundo ni con el tercer médico, puede obtener una revisión médica independiente concertada por la División de Compensación de Trabajadores o DWC (Division of Workers' Compensation) estatal. Si ese médico concurre con usted sobre el tratamiento necesario, puede recibir tratamiento con un médico fuera de la MPN.



Para obtener consejos acerca de cómo hacer un seguimiento de su reclamación, vea la página 15. Vea también el Capítulo 9: Para Obtener Más Información y Ayuda.

Pasos a seguir si lo atienden en una HCO

Si usted recibe atención en una HCO y desea disputar el tratamiento prescrito por un médico que lo atiende, primero considere cambiar de médico dentro de la HCO. La HCO debe proporcionarle una selección de médicos dentro de los 5 días a partir de cuándo solicita el cambio. Vea si puede ponerse de acuerdo con el nuevo médico.

Si no concurre con el nuevo médico, puede obtener la opinión de otro médico dentro de la HCO. Si no coincide con él o ella, puede solicitarle a la HCO resolver la disputa. La HCO debe utilizar un "procedimiento de queja expeditiva" para emitir una decisión por escrito dentro de los 30 días, o antes si su condición la requiere.

Pasos a seguir si no lo atienden en una MPN ni en una HCO

Si usted no recibe atención en una MPN ni en una HCO y desea disputar el tratamiento prescrito por el médico que lo atiende, primero considere cambiar de médico (vea las páginas 19-20).

Si no puede cambiar de médico ni llegar a un acuerdo con el nuevo, puede seguir los pasos a continuación.

1. Envíe una carta al administrador de reclamaciones informándole de su desacuerdo con el informe médico.

- Si usted no tiene abogado, debe enviar la carta dentro de 30 días de recibir el informe.
- Si usted tiene abogado, él o ella debe enviar la carta dentro de 20 días de recibir el informe.

Si no envía la carta antes de la fecha límite, puede perder su derecho a cuestionar la opinión del médico que lo atiende.

2. Consiga la opinión o evaluación médica de otro médico.

Para recibir instrucciones sobre cómo hacerlo, vea la página siguiente.

Cómo Obtener una Evaluación Médica

Si usted *no* tiene abogado:

- Después de recibir su carta indicando su desacuerdo con un informe médico o con una decisión negándole tratamiento, el administrador de reclamaciones debe enviarle un formulario e instrucciones para elegir un evaluador médico calificado o QME (qualified medical evaluator). Los QME son médicos autorizados por la División estatal de la Compensación del Trabajador (DWC) para realizar evaluaciones médicas en casos de compensación de trabajadores.
- Después de que el administrador de reclamaciones le envía el formulario y las instrucciones, usted tiene 10 días para completar y enviarlo al DWC. Cuando complete el formulario, usted debe elegir la especialización médica del QME. Después de que la DWC le envía un panel, usted tiene 10 días para elegir un QME del panel, hacer una cita para un examen médico del QME y comunicarle al empleador su elección, la fecha y la hora de su cita. Si no cumple con estas fechas límite, el administrador de reclamaciones tendrá el derecho de elegir del panel.

Si usted tiene abogado:

- Su abogado y el administrador de reclamaciones pueden elegir de mutuo acuerdo un médico llamado evaluador médico acordado o AME (agreed medical evaluator). Los AME no requieren autorización de la DWC.
- Si usted se lesionó durante o después del año 2005 y no se logra un acuerdo sobre un médico, su abogado o el administrador de reclamaciones pueden solicitar a la DWC un panel (lista) de tres QME. Ellos pueden elegir de mutuo acuerdo a alguien del panel. Si no se llega a un acuerdo, tanto su abogado como el administrador de reclamaciones pueden tachar un nombre del panel y el QME restante realizará la evaluación.
- Si usted se lesionó antes del año 2005 y no logra un acuerdo sobre un médico, su abogado elegirá a un QME y el administrador de reclamaciones también puede elegir a un QME para realizar una evaluación adicional.

¡Importante!

El evaluador médico calificado o acordado lo examina y redacta un informe describiendo su condición y abordando la disputa. Esto se denomina “informe médico-legal”. Usted o su abogado deben elegir la especialidad médica apropiada y elegir al QME o al AME cuidadosamente. El informe médico-legal afectará sus beneficios. En muchos casos, usted no podrá elegir a otro QME o AME. Si necesita ayuda, use los recursos del Capítulo 9.

Para más información sobre evaluaciones médicas, llame a la Unidad Médica de la DWC al 1-800-794-6900 o vea el sitio web de la Unidad Médica en: www.dwc.ca.gov (enlace a “Medical Unit”).

Estoy de acuerdo con el médico que me atiende acerca del tratamiento necesario. ¿Cuánto tiempo puede tardar el administrador de reclamaciones para decidir si debe autorizar el tratamiento?

Esto depende de si su condición médica se considera urgente. Los administradores de reclamaciones deben decidir si autorizar y pagar el tratamiento dentro de plazos que forman parte del proceso de revisión de utilización o UR (utilization review) descrito a continuación.

Decisiones basadas en la revisión de utilización (UR)

En el proceso de revisión de utilización, el administrador de reclamaciones puede aprobar un tratamiento. Sin embargo, no puede modificar ni negarlo. Sólo un médico calificado para evaluar el tratamiento recomendado puede hacer esto. Esta persona se denomina “inspector médico”. Si un inspector médico cambia o niega un tratamiento, el administrador de reclamaciones les comunicará la decisión a usted y al médico que lo atiende.

- **Si su situación médica se considera urgente:** Esto significa cuando su salud se ve seriamente amenazada, o los plazos normales para tomar decisiones pueden dañar su capacidad de recuperarse totalmente. Si este es el caso, la decisión de autorizar el tratamiento debe tomarse de manera oportuna sin exceder las 72 horas contadas a partir de cuándo el administrador recibe la información necesaria. El administrador de reclamaciones debe comunicar su decisión dentro de 24 horas.
- **Si su situación médica *no* se considera urgente:** La decisión de autorizar el tratamiento debe tomarse de manera oportuna sin exceder los 5 días laborables a partir de cuándo el administrador de reclamaciones recibe la solicitud de autorización del médico junto con la información necesaria. Si el administrador de reclamaciones necesita más tiempo para obtener la información necesaria, la decisión puede tomarse hasta 14 días después de recibir la solicitud del médico. Él o ella deben comunicar su decisión dentro de 24 horas.

Qué puede hacer para acelerar el proceso de la toma de una decisión

A veces se demora un tratamiento porque el administrador de reclamaciones no recibe la información necesaria del médico que lo atiende. Otras veces, ellos no envían toda la información al inspector médico. Para evitar demoras:

- Anime al médico que lo atiende a que responda inmediatamente a las preguntas y a los pedidos del administrador de reclamaciones sobre su condición médica y el tratamiento recomendado. También pida al médico identificar, si es posible, todas las pautas de tratamiento médico con base científica avalando el tratamiento recomendado. Si este no sigue las pautas del Catálogo de Utilización de Tratamiento Médico (MTUS) utilizado en California u otras con base científica, el médico que lo atiende debe demostrar la necesidad del tratamiento.
- Anime al administrador de reclamaciones a que envíe inmediatamente la información al inspector médico.

¿Es posible que me nieguen el tratamiento recomendado por el médico que me atiende?

Sí. Un inspector médico puede negar un tratamiento que no tiene fundamento científico. El administrador de reclamaciones debe explicar claramente las razones del inspector médico por negar el tratamiento.

No estoy de acuerdo con una decisión negando tratamiento. ¿Qué puedo hacer?

Para disputar una decisión negando el tratamiento recomendado por el médico que lo atiende, usted puede seguir los pasos a continuación.

Pasos a seguir para disputar una decisión negando un tratamiento

Usted puede solicitar una revisión médica independiente o IMR (Independent Medical Review) utilizando el formulario de solicitud de IMR que el administrador de reclamaciones debe incluir con cualquier decisión negando un tratamiento. Debe hacerlo dentro de 30 días después de recibir la decisión del administrador de reclamaciones. Usted puede designar a otra persona para solicitar una IMR en su lugar, y el médico que lo atiende puede ayudarlo o unirse a usted para solicitarla. Para conseguir más información, llame a la Unidad Médica del DWC al 1-800-794-6900, o visite el sitio web: www.dwc.ca.gov (enlace a "Medical Unit").

Multas por tratamiento demorado o negado

Si el administrador de reclamaciones demora o niega un tratamiento sin una justificación coherente, usted podría recibir hasta el 25 por ciento del valor de cada servicio demorado o negado, hasta un total de \$10,000. Para obtener ayuda solicitando el pago de multas, comuníquese con un funcionario de la oficina de Información y Asistencia (I&A) estatal o a un abogado (vea el Capítulo 9).

Cómo presentar una queja por tratamiento demorado o negado

La Unidad de Auditoría de la División de Compensación de Trabajadores (DWC) del estado investiga las quejas e impone multas si el administrador de reclamaciones no cumple con los plazos de la revisión de utilización cuando decide si autorizar y pagar el tratamiento. La Unidad de Auditoría también impone multas de grandes sumas de dinero cuando un administrador de reclamaciones demora o niega injustificadamente la atención médica y otros beneficios "con una frecuencia que indica una práctica comercial general". Las multas de auditoría se pagan al estado, no al trabajador lesionado. Para obtener instrucciones de cómo presentar quejas ante la Unidad de Auditoría, comuníquese con un funcionario de I&A (vea el Capítulo 9).

¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con el médico que me atiende sobre asuntos no relacionados con el tratamiento?

Si usted desea disputar las opiniones de un informe médico no relacionadas con el tratamiento, primero considere cambiar de médico. Si no puede hacerlo o no coincide con el nuevo médico, puede seguir los pasos a continuación.

1. Envíe una carta al administrador de reclamaciones informándole de su desacuerdo con el informe médico.

- Si usted no tiene abogado, en algunos casos debe enviar la carta dentro de 30 días de recibir el informe.
- Si usted tiene abogado, en algunos casos él o ella deben enviar la carta dentro de 20 días de recibir el informe.

Si no envía la carta antes de la fecha límite, usted puede perder el derecho a cuestionar la opinión del médico que lo atiende.

2. Consiga una opinión o evaluación médica de un evaluador médico calificado (QME) o acordado (AME).

Para obtener instrucciones acerca de cómo hacerlo, vea la página 23.

Si el administrador de reclamaciones no está de acuerdo con el médico que me atiende sobre asuntos no relacionados con el tratamiento, ¿qué puede hacer el administrador de reclamaciones?

El administrador de reclamaciones puede obligarlo a examinarse con un evaluador médico calificado (QME) o acordado (AME). El QME o AME se elige de la siguiente manera:

- **Si usted no tiene abogado:**

El administrador de reclamaciones puede obligarlo a examinarse con un QME. Él o ella deben enviarle instrucciones acerca de cómo comunicarse con la DWC y deben permitirle elegir al QME. Después de que el administrador de reclamaciones le envíe estas instrucciones, asegúrese de seguir los pasos y cumplir con las fechas límite descritas en la página 23.

- **Si usted tiene abogado:**

Los pasos a seguir se describen en la página 23.

Capítulo 5. Beneficios por Incapacidad Temporal

¿Qué son los beneficios por incapacidad temporal o TD (temporary disability)?

Si su lesión le impide desempeñar su trabajo habitual durante su recuperación, usted puede cumplir los requisitos para recibir beneficios por incapacidad temporal o TD (temporary disability). Estos beneficios consisten de los pagos recibidos si pierde salarios porque:

- El médico que lo atiende verifica su incapacidad de ejercer su trabajo habitual por más de tres días o si pasa la noche internado en un hospital.

y

- Su empleador no le ofrece otro trabajo por el mismo salario mientras se recupera.

¿Cuáles son los diferentes tipos de beneficios por incapacidad temporal o TD?

Hay dos tipos de beneficios por incapacidad temporal:

- Si usted *absolutamente* no puede trabajar mientras se recupera, recibe pagos por incapacidad *total* temporal o TTD (*temporary total disability*).
- Si usted puede hacer *algún tipo* de trabajo durante su recuperación y su empleador le ofrece ese trabajo, entonces recibe pagos por incapacidad *parcial* temporal o TPD (*temporary partial disability*) si su salario mientras se recupera es menor que el límite máximo legalmente establecido.

¿Cuánto se recibe en pagos por incapacidad temporal o TD?

Por lo general, los beneficios por incapacidad temporal suman dos tercios del salario bruto (antes de restar impuestos) perdido mientras se recupera de la lesión laboral. Sin embargo, usted no puede recibir más del monto semanal máximo ni menos del mínimo, conforme lo establece la ley.

Usted no paga impuestos federales, estatales o locales sobre los beneficios por incapacidad temporal. Además, tampoco los paga por Seguro Social, cuotas sindicales ni contribuciones a las cuentas de retiro sobre estos beneficios.

La información de este capítulo le da una idea aproximada sobre los montos de los pagos por incapacidad temporal. Puede ser complicado determinar montos exactos de estos pagos, especialmente para los trabajadores que:

- tenían un segundo empleo cuando se lesionaron
- tenían trabajo por temporadas
- tenían salarios que suben y bajan
- ganaban otros ingresos como propinas, horas extras, primas, o complementos para gastos de vivienda, ropa o automóvil
- tenían un aumento de sueldo programado para después de la fecha de la lesión
- recibían beneficios por incapacidad temporal más de dos años después de la fecha de la lesión.



Para obtener consejos acerca de cómo hacer un seguimiento de su reclamación, vea la página 15. Vea también el Capítulo 9: Para Obtener Más Información y Ayuda.

Otros Beneficios Además de los Beneficios por Incapacidad Temporal

- Si usted se lesiona en el trabajo, su empleador debe pagar su atención médica para ayudarlo a recuperarse. Vea el Capítulo 2: *Después de Sufrir una Lesión Laboral*.
- Usted puede cumplir los requisitos para recibir otros tipos de asistencia financiera (como el Seguro Estatal por Incapacidad), si los pagos por incapacidad temporal si se demoran o se niegan. Para informarse sobre estos beneficios, vea el Capítulo 9.
- Los beneficios por incapacidad temporal se pagan solo mientras usted se está recuperando. Algunos trabajadores lesionados reciben otros tipos de beneficios más adelante. Para informarse acerca de estos otros beneficios, vea los Capítulos 6, 7 y 8.
- Todos los empleadores públicos y privados, con al menos 50 empleados deben otorgar permisos, sin goce de sueldo y sin perder el trabajo, a los trabajadores con problemas graves de salud o que necesitan atender a un hijo o a otros miembros de su familia. Esto se rige por la Ley de Derechos Familiares de California o CFRA (California Family Rights Act) y la Ley de Ausencia Familiar y Médica o FMLA (Family Medical Leave Act). Estos permisos laborales protegidos pueden correr en forma simultánea con los días no trabajados mientras se reciben los beneficios de TD.

¿Cuáles pagos recibiré por incapacidad total temporal o TTD (*temporary total disability*)?

Los pagos por incapacidad total temporal o TTD (*temporary total disability*) suman generalmente dos tercios del salario ganado antes de lesionarse.

Ejemplo: Si su salario bruto ganado antes de lesionarse fuera de \$300 por semana, sus pagos por TTD serían \$200 por semana.

Límites Máximos para Pagos por TTD

Usted no puede recibir más del monto semanal máximo establecido por la ley. Por lo tanto, si ganaba más de un cierto monto de salario antes de lesionarse, podría recibir menos de dos tercios de ese salario.

El máximo depende de la fecha de su lesión. Éstos son algunos ejemplos:

- Si usted se lesionó en el año 2012 y su salario bruto antes de lesionarse era superior a \$1,515.75 por semana, sus pagos por TTD serán de un máximo de \$1,010.50 por semana.
- Si usted se lesionó en el año 2013 y su salario bruto antes de lesionarse era superior a \$1,600.08 por semana, sus pagos por TTD serán de un máximo de \$1,066.72 por semana.
- Si usted se lesionó en el año 2014 y su salario bruto antes de lesionarse era superior a \$1,611.96 por semana, sus pagos por TTD serán de un máximo de \$1,074.64 por semana.

Para ejemplos particulares, vea la página 31.

Pagos Mínimos por TTD para Trabajadores de Bajos Ingresos

Usted no puede recibir menos de un monto semanal mínimo establecido por la ley. Por lo tanto, si ganaba menos de un cierto monto antes de lesionarse, puede recibir más de dos tercios de ese salario.

El mínimo depende de la fecha de la lesión. Éstos son algunos ejemplos:

- Si usted se lesionó en el año 2012 y su salario bruto antes de lesionarse era inferior a \$227.35 por semana, sus pagos por TTD serán de un mínimo de \$151.57 por semana.
- Si usted se lesionó en el año 2013 y su salario bruto antes de lesionarse era inferior a \$240.00 por semana, sus pagos por TTD serán de un mínimo de \$160.00 por semana.
- Si usted se lesionó en el año 2014 y su salario bruto antes de lesionarse era inferior a \$241.79 por semana, sus pagos por TTD serán de un mínimo de \$161.19 por semana.

Para otros ejemplos, vea la página 31.

Ejemplo particular: una asistente de enfermería de tiempo parcial lesionada en 2013 y que ganaba un salario bruto de \$200.00 semanales antes de lesionarse recibe \$160.00 semanales de pagos TTD.

¿Cuáles pagos recibiré por incapacidad parcial temporal o TPD (*temporary partial disability*)?

Su empleador puede ofrecerle un trabajo diferente y menos arriesgado mientras se recupera o un horario de trabajo reducido. (Vea el Capítulo 6: *Seguir Trabajando para su Empleador Después de Lesionarse*). Si gana menos que antes de lesionarse, podría cumplir los requisitos para recibir pagos por incapacidad parcial temporal o TPD (*temporary partial disability*). Estos pagos generalmente suman dos tercios de su salario perdido.

Ejemplo: Si su salario bruto antes de lesionarse era de \$300 por semana y ahora trabaja por \$210 por semana, su salario perdido es de \$90 por semana. Sus pagos por TPD son de \$60 por semana (dos tercios de \$90).

Igual a los beneficios por TTD, la ley establece montos máximos y mínimos para los pagos por TPD.

¿Cuándo comienzan los pagos por incapacidad temporal o TD?

Si la compensación de trabajadores cubre su lesión, debe recibir su primer pago por incapacidad temporal (TD) dentro de los 14 días después de cuando su empleador sabe que:

- Usted padece de una lesión o enfermedad laboral; y
- El médico que lo atiende verifica que su lesión le impide hacer su trabajo.

Usted debe recibir este pago del administrador de reclamaciones. El administrador también debe enviarle una carta explicándole cómo se calcula el monto de su pago.

Después del primer pago, los beneficios por TD deben pagarse cada dos semanas, mientras usted cumpla los requisitos.

Avisos Acerca de Pagos por Incapacidad Temporal o TD (Temporary Disability)

El administrador de reclamaciones debe mantenerlo informado enviándole cartas explicando:

- Cómo se calculan los montos de los pagos por TD
- Las razones por las demoras o por no realizarse los pagos por TD
- Las razones por modificar los montos de los pagos por TD
- Las razones por finalizar los beneficios por TD (con una lista de todos los beneficios pagados por TD).

¿Qué sucede si no recibo mis pagos a tiempo?

A veces se demoran los pagos. Si el administrador de reclamaciones no puede determinar si la compensación de trabajadores cubre su lesión o si se deben pagar beneficios por TD, puede demorar su primer pago por TD mientras se investiga. Las demoras generalmente no tardan más de 90 días.

El administrador de reclamaciones debe enviarle una carta informándole de una demora. La carta debe explicar:

- Por qué usted no recibirá pagos dentro de los primeros 14 días;
- Cual información necesita para determinar su elegibilidad para recibir beneficios por TD;
- Cuándo tomará una decisión.

El administrador de reclamaciones debe enviarle otras cartas informándole de demoras adicionales.

(Aunque usted reciba cartas informándole acerca de las demoras, si el administrador de reclamaciones no le envía una carta negando su reclamación dentro de los 90 días a partir de la fecha cuando presentó el formulario o informó acerca de su lesión, su reclamación se considera aceptada en la mayoría de los casos).

¿Se le exige al administrador de reclamaciones pagar multas por demoras en los pagos por incapacidad temporal?

Depende del caso. El administrador de reclamaciones debe pagarle un 10 por ciento adicional si:

- Le envía un pago tarde; y
- Usted presentó un formulario de reclamación de beneficios por su lesión más de 14 días antes de la fecha cuando debía recibir el pago.

Esto es válido aun si fue justificada la demora. Sin embargo, no se cobra multa si el administrador de reclamaciones no puede determinar si se deben pagar beneficios por TD, dentro de los primeros 14 días a partir de cuándo su empleador se enteró de su lesión, y envía una carta informándole acerca de la demora como se explicó anteriormente.

Usted podría recibir hasta 25 por ciento de cada pago atrasado, hasta un máximo de \$10,000, si no hubo buen motivo por la demora.

¿Cuándo finalizan los pagos por incapacidad temporal o TD (*temporary disability*)?

Los pagos por TD finalizan cuando:

- El médico que lo atiende determina su capacidad de volver a su trabajo habitual (sin importar si vuelve o no); o
- Usted vuelve a su trabajo habitual o a uno alternativo o modificado ganando su salario normal (o uno asociado con el límite máximo de pagos por TTD); o
- Su estado de salud no está mejor ni peor. (Cuando esto sucede, su condición se denomina "permanente y estacionaria"); o
- Usted se lesionó durante o después del 1 de enero, 2008, y recibió hasta 104 semanas de beneficios TD dentro de cinco años de la fecha de la lesión, o se lesionó en algún momento durante o después del 19 de abril, 2004, hasta el 31 de diciembre, 2007, y recibió hasta 104 semanas de beneficios TD dentro de dos años del inicio de los pagos. (Los trabajadores cuyas lesiones incluyen hepatitis B o C crónica y aguda, amputaciones, quemaduras graves, el virus de inmunodeficiencia humana, lesiones oculares de alta velocidad, quemaduras químicas en los ojos, fibrosis pulmonar o enfermedad pulmonar crónica pueden recibir hasta 240 semanas de beneficios por TD dentro de cinco años de la fecha de la lesión).

Cuando finalizan los pagos por TD, el administrador de reclamaciones debe enviarle una carta explicando por qué terminan. Esta carta debe incluir una lista de todos los pagos enviados por TD y debe enviarse dentro de los 14 días después de su último pago por TD.

Si el médico que lo atiende concluye que no se recuperará por completo, puede cumplir los requisitos para recibir beneficios por incapacidad permanente o un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo. Vea el *Capítulo 7: Beneficios por Incapacidad Permanente* y el *Capítulo 8: Beneficios Suplementarios por la Pérdida de Trabajo*.

Algunos ejemplos de beneficios por incapacidad total temporal o TTD (*temporary total disability*)

OCUPACIÓN	FECHA DE LA LESIÓN	SALARIO BRUTO ANTES DE LESIONARSE	PAGOS POR TTD	RAZÓN
Carpintero	2012	\$1,600 por semana	\$1,010.50 por semana	Este es el máximo para los trabajadores lesionados en 2012
Trabajador de Línea	2013	\$1,700 por semana	\$1,066.72 por semana	Este es el máximo para los trabajadores lesionados en 2013
Secretaria	2013	\$1,200 por semana	\$800 por semana	Este monto equivale a dos tercios del salario antes de lesionarse
Cocinero y Encargado de limpieza	2013	\$620 por semana (cocinero) \$280 por semana (encargado de limpieza) \$900 por semana en total	\$600 por semana (si la lesión fue causada por el empleo de paga más alta)	Este monto equivale a dos tercios de los salarios combinados
Camionero	2014	\$1,300 por semana	\$866.67 por semana	Este monto equivale a dos tercios del salario antes de lesionarse
Contador	2014	\$1,800 por semana	\$1,074.64 por semana	Este es el máximo para los trabajadores lesionados en 2014

Capítulo 6. Seguir Trabajando Para Su Empleador Después de Lesionarse



Para obtener consejos acerca de cómo hacer un seguimiento de su reclamación, vea la página 15. Vea también el Capítulo 9: Para Obtener Más Información y Ayuda.

Después de sufrir una lesión laboral, seguir trabajando o volver al trabajo rápidamente y de manera segura pueden ayudarlo a recuperarse. También pueden ayudarlo a evitar pérdidas financieras por no trabajar. Este capítulo describe cómo puede continuar trabajando para su empleador.

¿Puedo seguir trabajando o regresar al trabajo y cuales tareas puedo hacer?

Después de lesionarse en el trabajo, usted hablará con muchas personas para decidir cómo debe seguir o cuándo debe volver a su trabajo y determinar el trabajo correspondiente. Estas personas incluyen:

- Su médico de cabecera que lo atiende
- Su empleador (supervisores y personal de la gerencia)
- El administrador de reclamaciones
- Su abogado, si tiene uno.

A veces, los médicos y administradores de reclamaciones no comprenden plenamente su trabajo ni las tareas que le podrían asignar. Por lo tanto, es importante que todos se mantengan en contacto durante el proceso. Usted (y su abogado, si tiene uno) deben comunicarse **activamente** con el médico de cabecera que lo atiende, con su empleador y con el administrador de reclamaciones sobre:

- El trabajo que hizo antes de lesionarse
- Su condición médica y los tipos de trabajo que puede hacer ahora
- Los tipos de trabajo que podría ofrecerle su empleador

¿Qué sucede mientras me recupero?

Poco tiempo después de lesionarse, el médico de cabecera que lo atiende lo examina y le envía un informe al administrador de reclamaciones sobre su condición médica. Si el médico opina que usted puede trabajar, debe describir:

- Límites claros y específicos, si existen, para sus tareas laborales durante su recuperación. Estos límites se llaman “restricciones laborales”. Las restricciones laborales deben basarse en información completa y correcta proporcionada por usted y su empleador sobre las actividades y exigencias de su trabajo. El propósito de las restricciones es protegerlo de una nueva lesión.

Ejemplo: No levantar más de 50 libras (22 kg) a la vez. No levantar más de 30 libras (14 kg) más de 10 veces por hora. No levantar más de 30 libras (14 kg) por más de 15 minutos por hora.

- Cualquier cambio necesario en su horario, en las tareas asignadas, en los equipos o en otras condiciones laborales durante su recuperación.

Ejemplo: Proveer auriculares para evitar poner la cabeza y el cuello en posiciones incómodas.

Si el médico informa de su absoluta incapacidad de trabajar durante su recuperación, no pueden exigirle trabajar.

Para ver los pasos a seguir si no coincide con un informe médico, vea el Capítulo 4, páginas 21-23 y 26.

Si Usted Puede Trabajar *Con Restricciones*

Si el médico de cabecera que lo atiende informa de su capacidad de trabajar o volver a hacerlo con restricciones laborales, cualquier trabajo asignado por su empleador debe incorporar estas restricciones. Su empleador puede, por ejemplo, cambiar ciertas tareas, reducir el tiempo dedicado a ellas o proveer equipos para facilitarlas. O, su empleador también puede decir que estas tareas no están disponibles y, si esto ocurre, no pueden exigirle trabajar.

Si Usted Puede Trabajar *Sin Restricciones*

Si el médico de cabecera que lo atiende informa de su capacidad de trabajar o volver a hacerlo sin restricciones, su empleador generalmente debe ofrecerle el mismo puesto y sueldo de antes de lesionarse. El empleador puede exigirle aceptar el puesto. Esto puede ocurrir poco o mucho tiempo después de lesionarse, cuando su condición haya mejorado.

Mi empleador me asignó tareas que parecen violar mis restricciones laborales. ¿Qué puedo hacer?

Usted debe enseñarle a su empleador las restricciones laborales del médico y hablar acerca de cómo se pueden cumplir. No debe aceptar tareas contrarias a las restricciones. Si usted se niega a hacer estas tareas, debe explicarle claramente a su empleador como ellas violan las restricciones. Hágalo por escrito si puede.

Si su empleador toma alguna acción en su contra o amenaza con hacerlo por no aceptar una tarea asignada, esto podría violar la sección 132a del Código Laboral de California prohibiendo la discriminación contra los trabajadores lesionados.

Si su empleador no puede asignarle tareas incorporando las restricciones laborales, el administrador de reclamaciones debe pagarle beneficios por incapacidad total temporal (vea el Capítulo 5).

Si tiene preguntas o necesita ayuda, use los recursos del Capítulo 9. No se demore, hay **fechas límite** para defender sus derechos.

¿Qué sucede si no me recupero totalmente?

El médico de cabecera que lo atiende puede determinar que usted nunca podrá volver al mismo puesto y condiciones laborales anteriores a su lesión. El médico debe informar esto por escrito. El informe debe incluir restricciones laborales permanentes para protegerlo de otras lesiones.

Para ayudar al médico de cabecera que lo atiende, usted y su empleador o el administrador de reclamaciones pueden llenar juntos la "Descripción de las tareas laborales del empleado" en el formulario DWC AD 10133.33. El médico entonces puede revisar lo que usted escribió en el formulario y hacer una determinación apropiada.

Para ver los pasos a seguir si no coincide con un informe médico, vea el Capítulo 4, páginas 21-23 y 26.

Beneficios por Incapacidad Temporal o TD

Si usted pierde salarios durante su recuperación, puede cumplir los requisitos para recibir pagos por incapacidad temporal o TD (*temporary disability*). Para informarse sobre estos beneficios, vea el Capítulo 5.

Beneficios por Incapacidad Permanente o PD

Si su médico de cabecera que lo atiende informa que usted nunca se recuperará completamente, puede cumplir los requisitos para recibir pagos por incapacidad permanente o PD (*permanent disability*). Para informarse sobre estos beneficios, vea el Capítulo 7.

¿Puedo volver a trabajar para mi empleador aunque no me recupere por completo?

Depende de si su empleador puede ofrecerle un puesto apropiado. Si no, usted puede cumplir los requisitos para recibir otros beneficios si se lesionó durante o después del año 2004.

SI USTED SE LESIONÓ DURANTE O DESPUÉS DEL AÑO 2013

Si Su Empleador Le Ofrece Trabajo

Si usted se lesionó durante o después del año 2013 y su empleador le ofrece trabajo, el administrador de reclamaciones debe enviarle el formulario DWC-AD 10133.35 "Aviso de Oferta de Trabajo Regular, Modificado o Alternativo". El administrador de reclamaciones debe enviárselo dentro de los 60 días después de enterarse de su incapacidad parcial permanente que pasa a ser permanente y estacionaria o P&S (vea el Capítulo 7). El médico de cabecera que lo atiende u otro médico que hace esta determinación debe completar y enviarle al administrador de reclamaciones un formulario DWC-AD 10133.36 "Informe de su situación P&S y su capacidad de trabajo" (*report of your P&S status and work capacity*).

La oferta debe consistir de un trabajo que usted puede realizar. Además, el trabajo debe:

- Cumplir con las restricciones laborales del informe médico
- Durar al menos 12 meses
- Ubicarse a una distancia razonable de su residencia cuando se lesionó.

La oferta podría incluir una de las siguientes situaciones:

- **Trabajo regular.** Se trata de su trabajo regular o el puesto ocupado cuando se lesionó. Debe pagar el mismo salario y beneficios que le pagaban cuando se lesionó.
- **Trabajo modificado.** Se trata de su trabajo anterior con cambios que incorporan las restricciones laborales indicadas por el médico. Debe pagar al menos el 85 por ciento del salario y beneficios que le pagaban cuando se lesionó.

Ejemplos: Cambiando ciertas tareas, reduciendo las horas dedicadas a ellas, cambiando la estación de trabajo, proporcionando equipos de ayuda, cambiando el lugar de trabajo.

- **Trabajo alternativo.** Se refiere a un trabajo diferente al anterior que incorpora las restricciones laborales indicadas por el médico. Debe pagar al menos el 85 por ciento del salario y beneficios que le pagaban cuando se lesionó.

Si su empleador le ofrece un trabajo que incorpora todos los requisitos descritos anteriormente:

- Usted tiene sólo 30 días para aceptar la oferta. Si no responde dentro de los 30 días, su empleador podría retirar la oferta.
- El administrador de reclamaciones no estará obligado a ofrecerle un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo. Esto es válido sin importar *si acepta o no* la oferta.

Si Su Empleador No Le Ofrece Trabajo

Si usted se lesionó durante o después del año 2013, su empleador no le ofrece trabajo modificado o alternativo, y su lesión le causa incapacidad parcial permanente, el administrador de reclamaciones debe enviarle un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo o "vale". El Capítulo 7 trata la incapacidad permanente. En el Capítulo 8 se describen los beneficios suplementarios por la pérdida de trabajo.

SI USTED SE LESIONÓ ENTRE EL AÑO 2004 Y EL AÑO 2012

Si Su Empleador Le Ofrece Trabajo

Si usted se lesionó entre los años 2004 y 2012 y su empleador le puede ofrecer trabajo, el administrador de reclamaciones debe enviarle un formulario DWC-AD 10133.35 "Notice of Offer of Regular, Modified, or Alternative Work" (Aviso de Oferta de Trabajo Regular, Modificado o Alternativo). El administrador de reclamaciones debe enviárselo dentro de los 30 días después del pago final por incapacidad temporal.

La oferta debe ser por un trabajo que usted puede realizar. Además, el trabajo debe:

- Pagar al menos el 85 por ciento del salario y beneficios que le pagaron cuando se lesionó
- Incorporar las restricciones laborales del informe médico
- Durar al menos 12 meses
- Ubicarse a una distancia razonable de su residencia cuando se lesionó.

La oferta podría incluir una de las siguientes situaciones:

- **Trabajo modificado.** Se trata de su trabajo anterior con cambios que incorporan las restricciones laborales indicadas por el médico.

Ejemplos: Cambiando ciertas tareas, reduciendo las horas dedicadas a ellas, cambiando estación de trabajo, proporcionando equipo útil y cambiando el lugar de trabajo.

- **Trabajo alternativo.** Se trata de un trabajo diferente al anterior que incorpora las restricciones laborales indicadas por el médico.

Si su empleador le ofrece un trabajo que incorpora todos los requisitos descritos anteriormente:

- Sólo tiene 30 días para aceptar la oferta. Si usted no responde dentro de los 30 días, su empleador podría retirar la oferta.
- El administrador de reclamaciones no será obligado a ofrecerle beneficios suplementarios por la pérdida de trabajo. Esto es cierto *sin importar* si usted acepta o no la oferta.

Si Su Empleador No Le Ofrece Trabajo

Si usted se lesionó entre los años 2004 y 2012, su empleador no le ofrece un trabajo modificado o alternativo, no regresa al trabajo dentro de los 60 días después del último pago de TD, y su lesión le causa incapacidad parcial permanente, el administrador de reclamaciones debe enviarle un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo o "vale". El Capítulo 7 trata la incapacidad permanente. En el Capítulo 8 se describen los beneficios suplementarios por la pérdida de trabajo.

Mi empleador no me ofrece ni me asigna el tipo de trabajo que yo quiero. ¿Qué puedo hacer?

En algunos casos, el trabajo asignado u ofrecido puede parecer injusto, o su empleador puede negarse a ofrecerle cualquier trabajo. Un empleador, no obstante, no siempre tiene la obligación de ofrecerle un trabajo que usted quiere. Por ejemplo, puede ser que no exista un trabajo que usted quiere que incorpore las restricciones laborales indicadas por el médico. O la decisión de su empleador podría justificarse por realidades comerciales.

Por otra parte, si la razón por la cual el empleador no le ofrece el trabajo es porque tiene una lesión laboral o porque solicitó beneficios de compensación de trabajadores, esto podría violar la sección 132a del Código Laboral de California. Del mismo modo, si la razón por la cual su empleador no le ofrece el trabajo que usted quiere es porque tiene una incapacidad permanente y grave, incluso si pudiera realizar la tarea con una adaptación razonable, esto podría violar la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades o ADA (Americans With Disabilities Act) y la Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda o FEHA (*Fair Employment and Housing Act*) de California. (Para obtener más información sobre la interacción entre las leyes de compensación de trabajadores y las de derechos para personas discapacitadas, vea *Ayudando a los Empleados Lesionados Regresar al Trabajo: Guía Práctica según las Leyes de Compensación del Trabajador y Derechos para Personas Discapacitadas (2010)*, (*Helping Injured Employees Return to Work: Practical Guidance Under Workers' Compensation and Disability Rights Laws in California*), en el Capítulo 9.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, use los recursos del Capítulo 9. No se demore, hay fechas límite para defender sus derechos.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, use los recursos del Capítulo 9. No se demore, hay fechas límite para defender sus derechos.



Capítulo 7. Beneficios por Incapacidad Permanente

¿Qué son los beneficios por incapacidad permanente o PD (*permanent disability*)?

La mayoría de los trabajadores se recuperan de sus lesiones laborales, pero algunos continúan con problemas. Si el médico que lo atiende opina que no se recuperará completamente o su lesión ha causado una pérdida permanente de su función física y mental medible por el médico, podría tener una incapacidad permanente. Esto significa que puede cumplir los requisitos para recibir beneficios por incapacidad permanente o PD (*Permanent Disability*).

No hace falta perder su trabajo para poder recibir los beneficios PD. Por otro lado, si usted pierde ingresos por una incapacidad permanente, puede ser que estos beneficios no cubran todas sus pérdidas.

¿Qué es un informe de condición permanente y estacionaria?

Cuando su condición médica ni mejora ni empeora, se llama “permanente y estacionaria” o P&S (*permanent and stationary*). Se refiere a cuando alcanza su mejora médica máxima o MMI (*Maximal Medical Improvement*). Cuando esto ocurre, su médico de cabecera que lo atiende redacta un informe de condición permanente y estacionaria.

El informe de condición permanente y estacionaria debe describir:

- Problemas médicos específicos, tales como la capacidad de mover partes del cuerpo lesionadas y la intensidad del dolor.
- Límites con respecto al trabajo que puede hacer. Estos límites se llaman “restricciones laborales”.
- Posible futura atención médica que podría necesitar para su lesión.
- Si puede o no volver a su puesto de trabajo anterior.
- Un cálculo del porcentaje de su incapacidad proveniente de su trabajo comparado con factores afuera de él. (**Nota:** Usted debe responder a las preguntas del médico que lo atiende sobre otros problemas médicos podrían estar causando su incapacidad).

El médico de cabecera que lo atiende envía el informe de condición permanente y estacionaria al administrador de reclamaciones.

¡Importante! El informe de condición permanente y estacionaria afectará sus futuros beneficios. Usted tiene derecho a recibir una copia de este informe. Solicite por escrito al administrador de reclamaciones o a su médico copias de todos los informes médicos.

El médico de cabecera que lo atiende debe usar lenguaje especial para describir su incapacidad. Este lenguaje afecta sus beneficios. Si tiene preguntas, diríjalas a su médico. Lea cuidadosamente el informe de condición permanente y estacionaria, asegúrese de que esté completo y vea si coincide con las conclusiones del médico. Cualquier información incorrecta o incompleta podría resultar en la pérdida de algunos beneficios.



Otros Beneficios Además de Beneficios por Incapacidad Permanente

Si usted tiene una incapacidad permanente, también podría cumplir los requisitos para recibir:

- Atención médica por su lesión, descrita más adelante en este capítulo.
- Un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo. Para informarse sobre este beneficio, vea el Capítulo 8.
- Otra ayuda financiera, como beneficios por incapacidad del Seguro Social y beneficios ofrecidos por algunos empleadores y sindicatos. Para informarse sobre estos beneficios, use los recursos del Capítulo 9.

No estoy de acuerdo con el informe de condición permanente y estacionaria. ¿Qué puedo hacer?

A veces médicos opinan de manera distinta sobre la incapacidad de un trabajador. Usted tiene derecho a disputar el informe de condición permanente y estacionaria.

Para revisar los pasos a seguir si no coincide con un informe médico, vea el Capítulo 4, páginas 21-23 y 26.

¿Qué es una clasificación?

Una “clasificación” es un porcentaje calculando cuanto su incapacidad limita los tipos de trabajo disponibles o su capacidad de ganarse la vida. Determina el monto de sus beneficios por incapacidad permanente.

Las clasificaciones se basan en varios factores:

1. Su condición médica, según se describe en el informe de condición permanente y estacionaria o en un informe médico-legal (informes médico-legales se describen en el Capítulo 4, página 23).
2. La fecha de su lesión.
3. Su edad cuando se lesionó.
4. Su ocupación (basado en su trabajo cuando se lesionó).
5. El porcentaje de su incapacidad proveniente de su trabajo comparado con otros factores. Esto se llama prorrateo (“apportionment”).
6. Multiplicado por un factor de ajuste:
 - Si usted se lesionó durante o después del año 2013, el factor de ajuste es 1.4.
 - Si usted se lesionó antes del año 2013 y su incapacidad permanente se clasifica usando la tasa de clasificación del año 2005 (vea el recuadro “Tasas de Clasificación”), el factor de ajuste se basa en su reducida “capacidad de ganancias futuras”.

Una clasificación del 100 por ciento significa que tiene una incapacidad total permanente. Las clasificaciones del 100 por ciento son poco comunes. Clasificar entre el 1 y el 99 por ciento significa que tiene una incapacidad parcial permanente. La mayoría de los trabajadores lesionados no tienen una incapacidad permanente y aquellos que si tienen clasificaciones de entre 5 y 30 por ciento (si lesionados antes de 2005).

Tasas de Clasificación

Las “Tasas de Clasificación de Incapacidades Permanentes” se usan para clasificar incapacidades basadas en los factores mencionados anteriormente. Hay tres tasas:

- 1. Tasa de clasificación del año 2005.** Si usted se lesionó durante o después del año 2005, se aplica a su caso la tasa de clasificación de 2005.
- 2. Tasa de clasificación del año 2005 o del año 1997.** Si usted se lesionó entre abril de 1997 y diciembre de 2004 y, antes de 2005, no hubo un informe médico-legal comprensivo ni un informe de médico que lo atiende indicando que usted tenía una incapacidad permanente, o su empleador no era obligado a enviarle un aviso sobre beneficios PD, entonces se le aplica a usted la tasa de 2005. De otra manera, se le aplica a usted la tasa de 1997.
- 3. Tasa de clasificación del año 1988.** Si usted se lesionó antes de abril de 1997, en la mayoría de los casos se aplica la tasa de 1988.

Para ver las tasas de clasificación, comuníquese con un funcionario de la oficina de Información y Asistencia estatal (vea las páginas 54-55). Para ver la tasa de clasificación, visite el sitio web de la División de Compensación de Trabajadores o DWC: www.dwc.ca.gov (siga el enlace a: *Reports, schedules, and publications*).

Ejemplos de Clasificaciones de Incapacidad Permanente

Estos ejemplos no están ajustados por edad, ocupación u otros factores causando la incapacidad (Prorratio)

INCAPACIDAD	LESIÓN ENTRE 2005 Y 2012	LESIÓN A PARTIR DE 2013
Pérdida total de la vista en un ojo, con visión normal (20/20) en el otro	22% (ajustado por reducida "capacidad de ganancias futuras para una lesión afectando la vista")	28% (ajustado por un factor de 1.4)
Amputación del dedo índice en la articulación media	9% (ajustado por reducida "capacidad de ganancias futuras para una lesión de la mano o de los dedos")	11% (ajustado por un factor de 1.4)

¿Cómo se clasifica mi incapacidad?

El informe de condición permanente y estacionaria es el primer paso importante en el proceso de clasificación:

- Si la tasa de clasificación de 2005 se aplica a su caso (vea el recuadro "Tasas de Clasificación"), cuando el médico que lo atiende redacta el informe de condición permanente y estacionaria, debe clasificar su "impedimento" o el porcentaje perdido del uso normal de las partes del cuerpo lesionadas. El médico debe clasificar su impedimento siguiendo las pautas publicadas por la Asociación Médica Estadounidense o AMA (*American Medical Association*).
- Si a su caso se aplica alguna de las primeras tasas de clasificación, el médico que lo atiende no debe clasificar su impedimento en el informe de condición permanente y estacionaria. En su lugar, el médico debe describir su incapacidad de acuerdo con los factores correspondientes a la tasa de clasificación aplicable en su caso.

Para revisar los posibles pasos a seguir si no coincide con un informe médico, vea el Capítulo 4, páginas 21-23 y 26.

Después, usted, su abogado o el administrador de reclamaciones pueden solicitarle a un clasificador de incapacidades estatal clasificar su incapacidad basándose en el informe de condición permanente y estacionaria. (Si lo examina un evaluador médico calificado o QME y no tiene abogado, un clasificador de incapacidades estatal automáticamente clasifica la incapacidad basándose en el informe). Además, el administrador de reclamaciones y su abogado pueden estimar la clasificación considerada apropiada por un juez de compensación de trabajadores.

No estoy de acuerdo con la clasificación del administrador de reclamaciones. ¿Qué puedo hacer?

Usted tiene derecho a disputar su clasificación. A veces, diferentes personas analizando el mismo informe médico clasifican la incapacidad de un trabajador de manera distinta.

Usted o su abogado (si tiene uno) pueden negociar con el administrador de reclamaciones la clasificación apropiada para su incapacidad. Usted puede solicitar una clasificación de un clasificador de incapacidades estatal y usarla en sus negociaciones. Si usted y el administrador de reclamaciones no coinciden sobre su clasificación de incapacidad, puede solicitarle una decisión sobre la clasificación correcta a un juez de compensación de trabajadores.

No estoy de acuerdo con la clasificación del clasificador de incapacidades estatal. ¿Qué puedo hacer?

Si usted no tiene abogado, puede solicitarle una determinación al director administrativo de la División de Compensación de Trabajadores o DWC estatal para determinar si existieron errores en el proceso de evaluación médica o de clasificación. Esto se llama reconsideración de su clasificación. Usted también puede presentar su caso ante un juez de compensación de trabajadores.

Para obtener ayuda solicitando una reconsideración o para presentar su caso ante un juez de compensación de trabajadores, comuníquese con un funcionario de la oficina de Información y Asistencia estatal (vea las páginas 54-55). Pregunte sobre las posibles demoras en el proceso de reconsideración.

Si usted tiene abogado, él o ella pueden presentar su caso ante un juez de compensación de trabajadores.

¿Cómo se determinan los pagos por incapacidad permanente o PD (permanent disability)?

La ley establece los montos de beneficios por incapacidad permanente o PD (permanent disability). El administrador de reclamaciones determina cuánto pagarle basado en varios factores:

1. La clasificación (o las clasificaciones) de su incapacidad.
2. La fecha de su lesión.
3. Su salario antes de lesionarse.
4. Si su empleador le ofrece o no un trabajo cumpliendo con los requisitos enumerados en la página 42. Vea “¿Cómo afecta a mis pagos por incapacidad permanente si mi empleador me ofrece o no trabajo?”

Ejemplos de Beneficios por Incapacidad Permanente

Estos ejemplos se basan en clasificaciones, mostradas en la página 39, que no fueron ajustadas por edad, ocupación u otros factores causando la incapacidad (prorratio). Se aplican a trabajadores ganando más de \$435 por semana antes de lesionarse y cuyo empleador tiene menos de 50 empleados.

INCAPACIDAD	LESIÓN ENTRE 2005-12	LESIÓN EN 2013	LESIÓN EN 2014
Pérdida total de la vista en un ojo con visión normal (20/20) en el otro	\$19,665.00 (total)	\$27,312.50 (total)	\$34,431.50 (total)
Amputación del dedo índice en la articulación media	\$6,210.00 (total)	\$7,877.50 (total)	\$9,932.50 (total)

Avisos Sobre los Pagos por Incapacidad Permanente o PD

El administrador de reclamaciones debe mantenerlo informado enviándole cartas explicando:

- Cómo se determinaron los pagos por incapacidad permanente
- Cuándo recibirá los pagos por su incapacidad permanente
- Las razones por las demoras o faltas de pago de los beneficios por incapacidad permanente
- Las razones por los cambios en los montos de beneficios pagados por incapacidad permanente
- Porqué terminan los beneficios por su incapacidad permanente (con una lista de todos los beneficios pagados).

¿Cuándo recibo los pagos por mi incapacidad permanente?

Si usted tiene una incapacidad *parcial* permanente, cumple los requisitos para recibir el monto total de sus beneficios distribuido en un número fijo de semanas. Si tiene una incapacidad *total* permanente, cumple los requisitos para recibirlos el resto de su vida.

Los pagos por incapacidad permanente (PD) se distribuirán como se indica a continuación, con las siguientes excepciones: Si su empleador le ofrece un trabajo pagando al menos el 85 por ciento del salario y beneficios recibidos cuando se lesionó o trabaja en un empleo donde le pagan al menos el 100 por ciento del salario y beneficios recibidos cuando se lesionó, usted no recibirá pagos por incapacidad permanente hasta que un juez de compensación de trabajadores apruebe un acuerdo extrajudicial de su caso o decida cuales beneficios PD recibirá. Si ninguna de las situaciones mencionadas describe su situación:

Si usted recibía beneficios por incapacidad temporal o TD, debe de recibir el primer pago por incapacidad permanente o PD dentro de los 14 días a partir de su último pago por incapacidad temporal.

Si usted no recibía beneficios por incapacidad temporal o TD, debe de recibir el primer pago por incapacidad permanente dentro de los 14 días a partir de cuándo el administrador de reclamaciones sabe que su incapacidad permanente proviene de su lesión. Después del primer pago, los beneficios por incapacidad permanente deben pagarse cada 14 días.

Pagos por PD terminan cuando usted alcanza el monto máximo permitido por la ley o cuando se llega a un acuerdo extrajudicial y usted recibe un pago único. **Nota:** De este pago único se restan los beneficios por incapacidad permanente ya recibidos, incluyendo cualquier adelanto del pago único.

¿Cómo afecta a mis pagos por incapacidad permanente si mi empleador me ofrece o no trabajo?

Nota: Esta pregunta sólo afecta a los trabajadores lesionados entre los años 2005 y 2012 y cuyos empleadores tienen al menos 50 empleados. Si usted se lesionó durante o después del año 2013, o si su empleador tiene menos de 50 empleados, sus pagos por incapacidad permanente o PD no serán afectados si su empleador le ofrece trabajo.

Si su empleador le ofrece un trabajo regular, modificado o alternativo que cumple con los requisitos enumerados a continuación, sus pagos por incapacidad permanente disminuyen en un 15 por ciento a partir de la fecha cuando recibe la oferta. Si su empleador no le hace esta oferta, sus pagos por incapacidad permanente incrementan en un 15 por ciento cuando cumple los 60 días de cuando su condición pasa a ser permanente y estacionaria.

- Para ofrecerle trabajo regular, su empleador o el administrador de reclamaciones deben enviarle un “Aviso de Oferta de Trabajo Regular” (mediante el formulario DWC-AD 10118) dentro de los 60 días a partir de cuándo su condición pasa a ser permanente y estacionaria. El trabajo debe:
 - Pagar el mismo salario y beneficios que el trabajo anterior
 - Cumplir con las restricciones laborales del informe médico
 - Durar al menos 12 meses
 - Ubicarse a una distancia razonable de su residencia cuando se lesionó.
- Para ofrecerle trabajo modificado o alternativo, su empleador o el administrador de reclamaciones deben enviarle un “Aviso de Oferta de Trabajo Modificado o Alternativo” (mediante el formulario DWC-AD 10133.53) dentro de los 60 días a partir de cuándo su condición pasa a ser permanente y estacionaria. El trabajo debe:
 - Pagar al menos el 85 por ciento del salario y beneficios recibidos cuando se lesionó
 - Cumplir con las restricciones laborales del informe médico
 - Durar al menos 12 meses
 - Ubicarse a una distancia razonable de su residencia cuando se lesionó.

¿Se le exige al administrador de reclamaciones pagar multas por las demoras en los pagos por incapacidad permanente?

Sí. Si el administrador de reclamaciones le envía un pago atrasado, debe pagarle un 10 por ciento adicional.

Esto es cierto aun si existe una justificación razonable por la demora y aun si el administrador de reclamaciones envía una carta explicándola. (Tenga en cuenta, sin embargo, que el administrador no debe pagar esta multa si usted no presenta un formulario solicitando beneficios por su lesión).

Usted podría recibir hasta el 25 por ciento de cada pago atrasado, hasta un máximo de \$10,000, si no hubo justificación razonable por la demora.

¿Puedo llegar a un acuerdo extrajudicial?

Sí. Después de clasificar su incapacidad, el administrador de reclamaciones puede ofrecerle llegar a un acuerdo. Un acuerdo es un contrato entre usted y el administrador de reclamaciones. Hay dos formas diferentes de llegar a un acuerdo:

1. Estipulaciones con Pedido de Adjudicación

- **Pagos.** Usted y el administrador de reclamaciones llegan a un acuerdo sobre cuándo y por cuánto tiempo continuará recibiendo los pagos por su incapacidad permanente. También llegan a un acuerdo acerca del monto de cada pago.
- **Atención Médica.** El administrador de reclamaciones generalmente accede a continuar pagando por la atención médica relacionada con su lesión, si se considera necesaria. **Nota:** Las pautas de atención médica para tratar lesiones laborales se describen en el Capítulo 3 (vea “¿Qué tipo de atención médica reciben los trabajadores lesionados?”). Se pueden usar aun si se resolvió su caso en un acuerdo extrajudicial antes de que se añadieran las pautas de tratamiento a la ley de compensación de trabajadores en el año 2003.
- **Posibles cambios en sus beneficios.** Si su condición empeora, usted tiene derecho a solicitar beneficios adicionales de compensación de trabajadores. Del mismo modo, si su condición mejora, el administrador de reclamaciones tiene derecho a solicitar reducirlos. Usualmente, un pedido de aumento o de reducción de los beneficios debe hacerse dentro de los cinco años después de la fecha de su lesión.

2. Acuerdo y Cesión

- **Pago Único.** El administrador de reclamaciones accede a pagarle un pago único. Esto cubre los pagos aún no recibidos por incapacidad permanente.
- **Atención Médica.** Si el pago único (arriba) cubre los gastos calculados de su futura atención médica, el administrador de reclamaciones dejará de pagar a su médico. Esto pasa a ser su responsabilidad.
- **Ningún cambio en sus beneficios.** Usted no puede pedir beneficios adicionales de compensación de trabajadores si su condición empeora. Del mismo modo, el administrador de reclamaciones tampoco puede solicitar reducirlos si mejora su condición.

Si usted y el administrador de reclamaciones llegan a un acuerdo extrajudicial, un juez de compensación de trabajadores debe examinarlo para determinar su validez.

¿Qué sucede si no me gusta la oferta de acuerdo extrajudicial del administrador de reclamaciones?

No tiene que aceptar la oferta del administrador de reclamaciones. Usted puede negociar un acuerdo extrajudicial. Si no puede llegar a un acuerdo con el administrador de reclamaciones, puede presentar su caso ante un juez de compensación de trabajadores. El juez decidirá cuales beneficios le corresponden. Esta decisión se llama Fallo y Adjudicación (*Findings and Award*). Se la enviarán por escrito.

Negociar un acuerdo extrajudicial o presentar un caso ante un juez de compensación de trabajadores puede ser difícil. Para conseguir ayuda, use los recursos del Capítulo 9.



Negociar un acuerdo extrajudicial o presentar un caso ante un juez de compensación de trabajadores puede ser difícil. Para conseguir ayuda, use los recursos del Capítulo 9.

Capítulo 8. Beneficios Suplementarios por la Pérdida de Trabajo



Para obtener consejos acerca de cómo hacer un seguimiento de su reclamación, vea la página 15. Vea también el Capítulo 9: Para Obtener Más Información y Ayuda.

Si usted se lesionó durante o después del año 2004 y tiene una incapacidad parcial permanente, puede cumplir los requisitos para recibir un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo o SJDB (Supplemental Job Displacement Benefit).

El tipo de SJDB que recibe y los procedimientos para obtenerlo dependen de la fecha de su lesión y de si su empleador le ofrece un trabajo apropiado (como se describe en el Capítulo 6). La primera sección de este capítulo describe el beneficio disponible para los trabajadores lesionados durante o después del año 2013. La segunda sección describe el beneficio para los trabajadores lesionados entre los años 2004 y 2012.

SI USTED SE LESIONÓ DURANTE O DESPUÉS DEL AÑO 2013

¿Qué es un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo?

Un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo es un vale que promete ayudar a pagar por clases de reorientación profesional o para mejorar la capacitación, o ambas cosas, en instituciones educativas aprobadas o autorizadas por el estado. Usted puede utilizar el vale para pagar la matrícula, honorarios, libros u otros gastos requeridos por la institución para la reorientación profesional o para mejorar su capacitación. También puede utilizarlo para pagar las licencias y los honorarios de certificación profesional, exámenes relacionados y cursos de preparación para ellos.

Hasta \$600 del vale se pueden utilizar para pagar los servicios de una agencia de colocación laboral, a un consejero vocacional y de regreso al trabajo (una persona encargada de ayudar a los trabajadores lesionados a desarrollar metas y planes concretos para volver al trabajo), y la preparación de un currículum.

Hasta \$1,000 se pueden utilizar para comprar equipos de computación.

Hasta \$500 del vale se pueden utilizar a pedido para gastos varios sin recibos u otra documentación.

¿Cuál es el monto en dólares de este beneficio?

El vale se puede redimir por hasta \$6,000, sin importar su clasificación de incapacidad permanente. Usted no puede redimirlo como parte del acuerdo extrajudicial de su caso.

¿Cómo puedo obtener este beneficio?

El administrador de reclamaciones debe ofrecerle un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo o "vale" si se dan las siguientes condiciones:

- Su lesión le produce incapacidad parcial permanente.
- Su empleador no le ofrece un trabajo regular, modificado o alternativo dentro de los 60 días después de cuando el administrador de reclamaciones recibe el "Informe Médico sobre el Regreso al Trabajo y el Vale" (*Physician's Return-to-Work & Voucher Report*) descrito en el Capítulo 6.

El administrador de reclamaciones envía el vale en un formulario llamado "Formulario de Vale Intransferible para Capacitación a través de los Beneficios Suplementarios por la Pérdida de Trabajo" (*Supplemental Job Displacement Nontransferable Training Voucher Form DWC-AD 10133.32*).

¿Cuándo recibo el vale?

El administrador de reclamaciones debe ofrecerle el vale dentro de los 20 días después del periodo cuando su empleador puede ofrecerle un trabajo regular, modificado o alternativo (vea la sección anterior).

¿A cuáles instituciones puedo asistir?

El vale le ayuda a pagar para asistir a una escuela pública en California o recibir capacitación de un proveedor proveniente del Listado de Prestadores de Capacitación Habilitados o EPTL (*Eligible Training Provider List*). Esta lista está publicada en el sitio web del Departamento del Desarrollo del Empleo o EDD (*Employment Development Department*): www.edd.ca.gov (enlace a *Jobs & Training*).

¿A cuál consejero vocacional y de regreso al trabajo puedo recurrir?

La División de Compensación de Trabajadores estatal mantiene una lista de consejeros calificados en asuntos vocacionales y de regreso al trabajo. Para verla, comuníquese con un funcionario de Información y Asistencia del estado (vea las páginas 54-55). También puede visitar el sitio web de la DWC: www.dwc.ca.gov.

¿Cómo puedo usar el vale para pagar los gastos?

Si usted presenta el vale a la institución y al consejero que elige, ellos pueden comunicarse con el administrador de reclamaciones y coordinar el pago directamente. Si usted paga los gastos directamente y envía los recibos al administrador de reclamaciones, él le reembolsará su dinero. El administrador debe reembolsarle su dinero dentro de los 45 días de recibir los recibos con su vale firmado.

¿Hay una fecha límite para usar el vale?

Sí. El vale se vence dos años después de la fecha recibida, o cinco años después de la fecha de su lesión, lo que ocurra más tarde. Todos los gastos deben incurrirse y presentarse con los recibos necesarios y otra documentación antes de la fecha límite.

Tengo un problema con mi beneficio suplementario por la pérdida de trabajo.

¿Qué puedo hacer?

Usted puede comunicarse con su empleador, con administrador de reclamaciones, con un funcionario de Información y Asistencia del estado, con un abogado o con su sindicato (si tiene uno). Estos recursos se describen en el Capítulo 9. No se demore, existen *fechas límite* para proteger sus derechos.

SI USTED SE LESIONÓ ENTRE LOS AÑOS 2004 Y 2012

¿Qué es un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo?

Un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo es un vale para ayudar a pagar por clases de reorientación profesional o para mejorar la capacitación, o ambas cosas, en instituciones educativas aprobadas y autorizadas por el estado. Usted puede utilizarlo para pagar la matrícula, honorarios, libros u otros gastos requeridos por la institución para la reorientación profesional o para mejorar su capacitación. Hasta un máximo de 10 por ciento del dinero del vale puede utilizarse para pagar los servicios de un consejero vocacional o de regreso al trabajo, es decir, una persona que ayuda a los trabajadores lesionados a desarrollar metas y planes para volver al trabajo.

¿Cuál es el monto en dólares de este beneficio?

El monto depende de la clasificación considerada apropiada por el juez de compensación de trabajadores por su incapacidad permanente. El juez determina esto cuando analiza el acuerdo extrajudicial de su caso o al emitir un Fallo y Adjudicación. Para más información sobre las clasificaciones de incapacidad permanente, vea el Capítulo 7.

Los montos en dólares de los vales son los siguientes:

- Hasta \$4,000 por las clasificaciones de incapacidad permanente inferiores al 15 por ciento
- Hasta \$6,000 por las clasificaciones de incapacidad permanente de entre el 15 y el 25 por ciento
- Hasta \$8,000 por las clasificaciones de incapacidad permanente de entre el 26 y el 49 por ciento
- Hasta \$10,000 por las clasificaciones de incapacidad permanente de entre el 50 y el 99 por ciento

¿Cómo puedo obtener este beneficio?

El administrador de reclamaciones debe enviarle un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo o "vale" si se dan las siguientes condiciones:

- Su empleador no le ofrece trabajo modificado o alternativo dentro de los 30 días contados a partir de su último pago por incapacidad temporal,
- Usted no regresa a trabajar para su empleador dentro de los 60 días contados a partir de ese pago, y
- Su lesión le produce incapacidad parcial permanente.

El administrador de reclamaciones envía el vale en un formulario llamado, "Formulario de Vale Intransferible para Capacitación a través de los Beneficios Suplementarios por la Pérdida de Trabajo" (*Supplemental Job Displacement Nontransferable Training Voucher Form DWC-AD 10133.57*).

¿Cuándo recibo el vale?

El administrador de reclamaciones debe enviarle el vale dentro de los 25 días contados a partir de la fecha cuando el juez de compensación de trabajadores emite la adjudicación de incapacidad parcial permanente.

¿A cuales instituciones puedo asistir?

El vale le ayuda a pagar para asistir a una institución acreditada o aprobada por el estado. Puede ser un centro de estudios terciarios de California, una universidad estatal de California o la Universidad de California.

O puede ser una institución privada de California:

- Acreditada por una de las asociaciones regionales de colegios universitarios y escuelas autorizadas por el Departamento de Educación de los EE.UU.; o
- Aprobada por la Oficina para la Educación Privada Postsecundaria de California o BPPE (California Bureau for Private Postsecondary Education); o
- Certificada por la Administración Federal de Aviación (Federal Aviation Administration).

¿A cuál consejero vocacional o de regreso al trabajo puedo recurrir?

La División de Compensación de Trabajadores estatal mantiene una lista de consejeros calificados en asuntos vocacionales y de regreso al trabajo. Para verla, comuníquese con un funcionario de Información y Asistencia del estado (vea las páginas 54-55). También puede visitar el sitio web de la DWC: www.dwc.ca.gov.

La División de Compensación de Trabajadores estatal mantiene una lista de consejeros calificados en asuntos vocacionales y de regreso al trabajo. Para verla, contacte a un funcionario de Información y Asistencia del estado (vea las páginas 54-55). También puede visitar el sitio web de la DWC: www.dwc.ca.gov.

¿Cómo puedo usar el vale para pagar los gastos?

Si usted presenta el vale a la institución y al consejero que elige, ellos pueden comunicarse con el administrador de reclamaciones para coordinar el pago directo. Si usted lo paga directamente y le envía los recibos al administrador de reclamaciones, él le reembolsará su dinero. El administrador debe reembolsarle su dinero dentro de los 45 días de recibir los recibos con su vale firmado.

¿Hay una fecha límite para usar el vale?

Sí. Los vales emitidos a partir del año 2013 se vencen dos años después de la fecha de entrega, o cinco años después de la fecha de su lesión, lo que ocurra más tarde. Todos los gastos deben incurrirse y presentarse con los recibos obligatorios y otra documentación antes de la fecha límite.

Los vales emitidos antes de 2013 no tienen fecha límite o vencimiento.

Tengo un problema con mi beneficio suplementario por la pérdida de trabajo. ¿Qué puedo hacer?

Usted puede comunicarse con su empleador, con el administrador de reclamaciones, con un funcionario de Información y Asistencia del estado, con un abogado o a su sindicato (si tiene uno). Estos recursos se describen en el Capítulo 9. No se demore, existen *fechas límite* para tomar acción para proteger sus derechos.

Capítulo 9. Para Obtener Más Información y Ayuda



Para obtener consejos acerca de cómo hacer un seguimiento de su reclamación, vea la página 15.

Su Empleador

Su empleador debe publicar información y proveerle material por escrito explicando la compensación de trabajadores. Si usted tiene preguntas, puede comunicarse con su supervisor, a otra persona de la gerencia o al departamento de personal o de beneficios de su empleador.

El Administrador de Reclamaciones

Esta persona atiende las reclamaciones de compensación de trabajadores por su empleador. La mayoría de los administradores de reclamaciones trabajan para compañías de seguro u otras organizaciones encargadas de las reclamaciones para los empleadores. Algunos de ellos trabajan directamente para empleadores grandes que manejan sus propias reclamaciones. A esta persona también se le puede llamar examinador o ajustador de reclamaciones. El administrador de reclamaciones debe enviarle información por escrito acerca de su reclamación y puede responder a sus preguntas. Si no puede comunicarse con el administrador de reclamaciones, solicite hablar con su supervisor.

División Estatal de la Compensación de Trabajadores o DWC (*State Division of Workers' Compensation*)

La DWC administra las leyes de compensación de trabajadores y provee información y ayuda a los trabajadores lesionados. Vea las Páginas del Gobierno en la primera sección de las páginas blancas de la guía telefónica. Busque bajo: "*State Government Offices/ Industrial Relations*". Visite también el sitio web de la DWC: www.dwc.ca.gov.

Información y Asistencia. Los funcionarios de I&A responden a las preguntas y ayudan a los trabajadores lesionados a resolver los problemas con sus reclamaciones. Sus servicios son gratuitos. Para más información, vea "Preguntas y Respuestas Acerca de los Servicios de Información y Asistencia Estatales" en la página 54.

Unidad Médica. Esta unidad supervisa las redes de proveedores médicos o MPN (*medical provider networks*), la revisión médica independiente o IMR (*independent medical review*) cuando un trabajador lesionado no coincide con médicos del MPN, las organizaciones de atención médica o HCO (*health care organizations*), los evaluadores médicos calificados o QME (*qualified medical evaluators*), los planes de revisión de utilización o UR (*utilization review*) y la revisión médica independiente (IMR) cuando un trabajador lesionado no coincide con una decisión que niega un tratamiento recomendado por un médico de cabecera. Para información o para denunciar un problema, llame gratis al: 1-800-794-6900 o al 1-800-999-1041. Visite también el sitio web de la Unidad Médica: www.dwc.ca.gov (enlace a *Medical Unit*).

Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores. El lugar donde los jueces de compensación de trabajadores oyen casos y toman decisiones sobre problemas y litigios. Si un problema no se resuelve después de hablar con el administrador de reclamaciones, un funcionario de I&A puede ayudarlo a solicitar una audiencia ante un juez de compensación de trabajadores, o un abogado también puede hacerlo y representarlo ante el juez. Si usted no coincide con una decisión de un juez de compensación de trabajadores, puede solicitarle reconsideración de la decisión del juez a la Junta de Apelaciones compuesta por siete miembros.

Comisión Estatal de Salud, Seguridad y Compensación de Trabajadores de California o CHSWC (*State Commission on Health and Safety and Workers' Compensation*)

La CHSWC realiza estudios permanentes y hace recomendaciones para mejorar tanto el sistema de compensación de trabajadores como las actividades del estado para prevenir las lesiones laborales. Los estudios, informes y ensayos se encuentran en Internet en el sitio web de la CHSWC: www.dir.ca.gov/chswc.

Abogados de Solicitantes

Abogados que representan a trabajadores lesionados en sus casos de compensación de trabajadores. Para más información, vea "Preguntas y Respuestas acerca de Abogados" en la página 56.

El Médico de Cabecera Que lo Atiende

Usted puede preguntarle al médico de cabecera que lo atiende acerca del tipo de atención médica necesaria, los trabajos disponibles mientras se recupera y si tendrá o no una incapacidad permanente. También puede solicitarle al médico que lo atiende y a cualquier especialista que consulta copias de todos los informes médicos enviados al administrador de reclamaciones.

Organizaciones Laborales

Su sindicato puede ayudarlo a resolver problemas con su reclamación de compensación de trabajadores, informarle acerca de otros beneficios, negociar los cambios necesarios en su trabajo, protegerlo contra la discriminación y ponerlo en contacto con abogados. También puede pedirle ayuda a un consejo laboral central o a un consejo industrial en su área.

Clínicas de Salud Ocupacional

Los médicos de las clínicas de salud ocupacional se especializan en lesiones y enfermedades laborales. Para más información acerca de las clínicas de salud ocupacional, llame a la Asociación de Clínicas Ocupacionales y Ambientales o AOEC (Association of Occupational and Environmental Clinics) al 1-888-347-2632, o pregúntele a su médico particular o a su plan de atención médica. Visite también el sitio web de la AOEC: www.aoec.org.

Grupos de Apoyo para Trabajadores Lesionados

Estos grupos comparten información práctica y ofrecen apoyo para las personas con lesiones laborales. Para conseguir información sobre estos grupos y otros recursos para trabajadores lesionados, vea el sitio web de CTD Resource Network, Inc.: www.tifaq.org. A través de ese sitio web, siga el enlace a: *Injured Worker Support Groups*.





Organizaciones y Agencias de Salud y Seguridad

Para conseguir ayuda sobre riesgos de salud y seguridad en el trabajo:

División de Seguridad y Salud Ocupacional de California o Cal/OSHA (California Division of Occupational Safety and Health). Vea las Páginas del Gobierno en la primera sección de las páginas blancas de la guía telefónica. Busque bajo: “*State Government Offices/ Industrial Relations/ Occupational Safety & Health*”. La Cal/OSHA recibe quejas de trabajadores, inspecciona los lugares de trabajo y hace cumplir leyes de salud y seguridad. Visite también el sitio web de la Cal/OSHA: www.dir.ca.gov/dosh.

El Programa de Salud Laboral o LOHP (Labor Occupational Health Program) Universidad de California, Berkeley (teléfono: 1-510-642-5507; sitio web: www.lohp.org) ofrece información, capacitación y ayuda sobre temas de salud y seguridad, incluyendo la compensación de trabajadores. Provee servicios a trabajadores, sindicatos y otros grupos en California y en todo el país.

El Programa de Salud y Seguridad Ocupacional o LOSH (Labor Occupational Safety and Health Program) Universidad de California, Los Ángeles (teléfono: 1-310-794-5964; sitio web: www.losh.ucla.edu). Ofrece información, capacitación y ayuda sobre temas de salud y seguridad, incluyendo la compensación de trabajadores. Provee servicios a trabajadores, sindicatos y otros grupos en California y en todo el país.

Otras Agencias Estatales y Federales—Ayuda Financiera

Departamento del Desarrollo del Empleo de California o EDD (California Employment Development Department) (teléfono: 1-800-480-3287; 1-800-333-4606). Para una oficina local, consulte las Páginas del Gobierno en la primera sección de las páginas blancas de la guía telefónica. Busque bajo: “*State Government Offices*”. El EDD provee información acerca de beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad o SDI (State disability Insurance) y del seguro por desempleo o UI (unemployment insurance). Visite también el sitio web del EDD: www.edd.ca.gov.

Administración del Seguro Social de los EE.UU. o SSA (Social Security Administration) (teléfono: 1-800-772-1213). Para encontrar una oficina local, consulte las Páginas del Gobierno en la primera sección de las páginas blancas de la guía telefónica. Busque bajo: “*United States Government Offices*”. La SSA provee información acerca de los beneficios por incapacidad del Seguro Social y de otros beneficios. Visite también el sitio web de la SSA: www.ssa.gov.

Otras Agencias Estatales y Federales—Denuncias por Discriminación

Ley de compensación de trabajadores. Si enfrenta discriminación por presentar una reclamación de compensación de trabajadores o por causa de su lesión laboral, puede comunicarse con a un funcionario de Información y Asistencia, a un abogado de solicitantes o a su sindicato (si tiene uno).

Leyes de derechos para personas discapacitadas. Si sufre discriminación por su incapacidad permanente u otra condición médica, puede ponerse en contacto con un abogado especializado en derecho laboral. Puede conseguir los nombres de los abogados de la asociación de abogados local, de una sociedad de ayuda legal del condado, de su sindicato (si tiene uno), o de otros trabajadores lesionados. También puede comunicarse con el State Bar of California para que le recomienden un abogado (línea gratuita en California: 1-866-442-2529; sitio web: www.calbar.ca.gov), o consulte las páginas amarillas de su guía telefónica y busque bajo: “Attorney Referral Service”. También puede solicitar ayuda en estas agencias:

- **Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo de los EE.UU. o EEOC (Equal Employment Opportunity Commission)** (teléfono: 1-800-669-4000). Para una oficina local, consulte las Páginas del Gobierno en la primera sección de las páginas blancas de la guía telefónica. Busque bajo: “United States Government Offices/ Discrimination”. Vea también el sitio web de la EEOC: www.eeoc.gov.
- **Departamento de Igualdad en el Empleo y la Vivienda de California o DFEH (Department of Fair Employment and Housing)** (teléfono: 1-800-884-1684). Para encontrar una oficina local, consulte las Páginas del Gobierno en la primera sección de las páginas blancas de la guía telefónica. Busque bajo: “State Government Offices”. Vea también el sitio web del DFEH: www.dfeh.ca.gov.

Libros y Otros Materiales



Schedule for Rating Permanent Disabilities (Tasa de Clasificación de Incapacidades Permanentes). Esta publicación estatal se usa para clasificar las incapacidades permanentes. Hay tres tasas diferentes, dependiendo de la fecha de su lesión y de la instancia particular de su reclamación. Para ver la tasa aplicable en su caso, comuníquese con un funcionario de Información y Asistencia del estado (vea las páginas 54-55), visite el sitio web de la División de Compensación de Trabajadores: www.dwc.ca.gov (siga el enlace a: *Publications*).

If Your Employer Is Illegally Uninsured: How to Apply for Workers' Compensation Benefits (2011) y Si su Empleador se Encuentra Ilegalmente Sin Seguro: Cómo Solicitar los Beneficios de Compensación del Trabajador (2011), preparado por el Instituto de Investigación sobre el Trabajo y Empleo de UC Berkeley (UC Berkeley's Institute for Research on Labor and Employment). Un folleto en inglés y en español para trabajadores de California cuyos empleadores ilegalmente no tienen seguro de compensación de trabajadores. Este folleto analiza 10 pasos básicos para solicitar beneficios del Fondo Fiduciario de Beneficios de Empleadores Sin Seguro Estatal si el empleador no los paga. Para obtener una copia gratuita, comuníquese con la Comisión de Salud, Seguridad y Compensación de Trabajadores de California o CHSWC (Commission on Health and Safety and Workers' Compensation) (Teléfono: 1-510-622-3959; sitio web: www.dir.ca.gov/chswc).

California Workers' Comp: How To Take Charge When You're Injured on the Job (Compensación del Trabajador de California: Cómo Hacerse Cargo Cuando Se Lesiona en el Trabajo), 9ª edición, por Christopher A. Ball (mayo de 2012). Una guía detallada para trabajadores, disponible en librerías y en Nolo Press (sitio web: www.nolo.com).

California Workers' Compensation Practice (Práctica de la Compensación del Trabajador de California), 4ª edición, Continuando la Educación de la Asociación de Abogados de California (actualizado en junio de 2013). Una referencia exhaustiva para abogados, disponible en las bibliotecas jurídicas (sitio web: www.ceb.com).

Helping Injured Employees Return to Work: Practical Guidance Under Workers' Compensation and Disability Rights Law (Ayudando a los Empleados Lesionados a Regresar al Trabajo: Guía Práctica según las Leyes de Compensación del Trabajador y Derechos para Personas Discapacitadas) (2010), preparado por el Instituto de Investigación sobre el Trabajo y Empleo de UC Berkeley (Institute for Research on Labor and Employment). Para pequeños empleadores, esta guía describe cómo establecer e implementar un programa efectivo de regreso al trabajo, como coordinarlo con los beneficios de compensación de trabajadores, y en última instancia, fortalecer el ambiente laboral y la salud general de una compañía u organización. Para los empleados, describe los papeles y responsabilidades de todos y lo que se puede esperar durante el proceso. Para obtener una copia gratuita, comuníquese con la Comisión de Salud, Seguridad y Compensación del Trabajador de California o CHSWC (Commission on Health and Safety and Workers' Compensation). (Teléfono: 1-510-622-3959; sitio web: www.dir.ca.gov/chswc).

How To Create a Workers' Compensation Carve-Out in California: Practical Advice for Unions and Employers (Cómo Crear un Acuerdo Establecido de Compensación del Trabajador en California: Un Consejo Práctico para Sindicatos y Empleadores), 2006. Un folleto diseñado para los sindicatos y empleadores interesados en "establecer" un sistema alternativo para repartir beneficios a trabajadores lesionados y resolver los problemas y litigios, preparado por el Instituto de Relaciones Industriales y el Programa de Salud Laboral de la Universidad de California en Berkeley. Para recibir una copia gratuita, comuníquese con la Comisión de Salud, Seguridad y Compensación del Trabajador (teléfono: 1-510-622-3959; sitio web: www.dir.ca.gov/chswc).

Navigating the California Workers' Compensation System (Navegando por el Sistema de Compensación del Trabajador de California), 1996. Un informe con experiencias de trabajadores lesionados, preparado por el Programa de Salud Laboral o LOHP (Labor Occupational Health Program) de la Universidad de California en Berkeley. Para recibir un ejemplar gratis, comuníquese con la Comisión de Salud, Seguridad y Compensación de Trabajadores de California o CHSWC (Commission on Health and Safety and Workers' Compensation), (teléfono: 1-510-622-3959; sitio web: www.dir.ca.gov/chswc).

Preguntas y Respuestas Acerca de los Servicios Estatales de Información y Asistencia

P. ¿Cómo pueden ayudarme los funcionarios de Información y Asistencia del estado?

R. Los funcionarios de Información y Asistencia pueden darle hojas informativas, formularios de compensación del trabajador y guías explicándole cómo llenarlos. Las hojas de información y guías incluyen:

Hoja de Información para el Trabajador Lesionado: Información básica sobre la compensación de trabajadores para trabajadores lesionados

Hoja de información A: Respuestas a sus preguntas sobre la revisión de utilización

Hoja de información B: Glosario de términos de compensación de trabajadores para trabajadores lesionados

Hoja de información C: Respuestas a sus preguntas sobre los beneficios de incapacidad temporal

Hoja de información D: Respuestas a sus preguntas sobre los beneficios de incapacidad permanente

Hoja de información E: Respuestas a sus preguntas sobre evaluadores médicos calificados y evaluadores médicos acordados

Hoja de información F: Respuestas a sus preguntas sobre del Fondo Fiduciario de Beneficios de Empleadores Sin Seguro Estatal o UETF (Uninsured Employers Trust Fund)

Guía de I&A N° 1: Cómo presentar un formulario de reclamo de compensación para trabajadores

Guía de I&A N° 2: Cómo solicitar una evaluación médica calificada

Guía de I&A N° 3: Cómo objetar su clasificación sumaria

Guía de I&A N° 4: Cómo presentar una solicitud para adjudicación del reclamo

Guía de I&A N° 5: Cómo presentar una declaración de disposición para proceder

Guía de I&A N° 6: Cómo solicitar una audiencia expeditiva

Guía de I&A N° 7: Cómo presentar una petición por discriminación (Código Laboral, 132a)

Guía de I&A N° 8: Cómo presentar una petición por comportamiento ilícito, grave e intencional

Guía de I&A N° 9: Cómo presentar una petición de conmutación

Guía de I&A N° 10: Cómo presentar un embargo preventivo

Guía de I&A N° 11: Cómo presentar una petición para reabrir su caso

Guía de I&A N° 12: Cómo presentar una petición para la reconsideración de un caso

Guía de I&A N° 13: Cómo presentar una apelación del director administrativo

Guía de I&A N° 14: Cómo presentar una queja ante la Unidad de Auditoría

Guía de I&A N° 15: Cómo despedir a su abogado

Guía de I&A N° 16: Cómo presentar una reclamación ante el Fondo Fiduciario de Beneficios de Empleadores Sin Seguro

Guía de I&A N° 16A: Cómo denominar correctamente a su empleador para el Fondo Fiduciario de Beneficios de Empleadores Sin Seguro

Guía de I&A N° 16B: Cómo presentarle a su empleador el reclamo en un caso del Fondo Fiduciario de Beneficios de Empleadores Sin Seguro

Guía de I&A No 17: Cómo llenar una hoja de portada de documento

Guía de I&A No 18: Cómo llenar una hoja de separador de documento

Los funcionarios de Información y Asistencia (I&A):

- Pueden responder a sus preguntas acerca de su reclamación. La ayuda está disponible en varios idiomas.
- Pueden llamar al administrador de reclamaciones para ayudar a aclarar malentendidos.
- Pueden reunirse para resolver problemas o litigios.
- No pueden preparar su caso activamente, defenderlo o hablar por usted como su representante (a diferencia de un abogado).

P. ¿Cómo puedo ponerme en contacto con un funcionario de Información y Asistencia?

R. Llame gratis para escuchar mensajes grabados o para solicitar materiales impresos (teléfono: 1-800-736-7401).

Asista a una clase gratuita de una hora de Información y Asistencia (diseñada principalmente para los trabajadores lesionados sin abogados y cuyos casos han sido aceptados).

Llame a un funcionario de Información y Asistencia local, a una de las oficinas indicadas en la próxima página.

Oficinas de Información y Asistencia de la División Estatal de Compensación de Trabajadores o DWC (State Division of Workers' Compensation)

Los funcionarios de Información y Asistencia (I&A) del estado responden a las preguntas y ayudan a los trabajadores lesionados. Sus servicios son gratuitos. Los números apareciendo a continuación fueron actualizados en julio de 2014.

*Línea Gratuita: 1-800-736-7401
Llame a este número para escuchar mensajes grabados*

Oficinas del Distrito

Anaheim	1-714-414-1804
Bakersfield.....	1-661-395-2514
Eureka	1-707-441-5723
Fresno.....	1-559-445-5355
Long Beach.....	1-562-590-5240
Los Angeles.....	1-213-576-7389
Marina del Rey	1-310-482-3820
Oakland	1-510-622-2861
Oxnard.....	1-805-485-3528
Pomona	1-909-623-8568
Redding.....	1-530-225-2047
Riverside.....	1-951-782-4347
Sacramento	1-916-928-3158
Salinas	1-831-443-3058
San Bernardino.....	1-909-383-4522
San Diego.....	1-619-767-2082
San Francisco.....	1-415-703-5020
San Jose.....	1-408-277-1292
San Luis Obispo	1-805-596-4159
Santa Ana	1-714-558-4597
Santa Barbara	1-805-884-1988
Santa Rosa	1-707-576-2452
Stockton.....	1-209-948-7980
Van Nuys	1-818-901-5367

Oficinas del Distrito: (Para direcciones, consulte las Páginas del Gobierno en la primera sección de las páginas blancas de la guía telefónica. Busque bajo: "State Government Offices/ Industrial Relations/ Workers' Compensation".

Vea también el sitio web de la DWC: www.dwc.ca.gov.

Preguntas y Respuestas Acerca de los Abogados



P. ¿Cómo puede ayudarme un abogado?

R. Un abogado de solicitantes debe:

- Proteger sus derechos.
- Planear una estrategia por su caso para obtener sus beneficios correspondientes y defender sus derechos.
- Recoger información apoyando su reclamación.
- Llevar el registro de fechas límite.
- Representarlo en audiencias ante un juez de compensación de trabajadores.
- Informarle acerca de otros beneficios o reclamaciones disponibles.

P. ¿Cómo cobran los abogados?

R. La mayoría de los abogados de solicitantes ofrecen consultas gratis. Si contrata a un abogado, no debe pagarle inmediatamente. En realidad, los honorarios de su abogado se descuentan más adelante de sus beneficios. Los honorarios suelen representar entre el 9% y el 15% de la adjudicación final o del acuerdo extrajudicial por su incapacidad permanente. Un juez de compensación de trabajadores debe aprobarlos.

Nota: A menudo, los abogados de solicitantes no aceptan casos cuando el trabajador no tiene una incapacidad permanente.

P. ¿Cuándo necesito un abogado?

R. Usted puede necesitar un abogado si:

- Su empleador o el administrador de reclamaciones está tratándolo injustamente o reteniendo sus beneficios; o
- Su incapacidad permanente lo limita o le causa dolor; o
- No sabe cómo continuar con su caso y nadie lo ayuda.

P. ¿Cuáles son las posibles desventajas de contratar un abogado?

R. Los honorarios del abogado serán descontados de sus beneficios. Además, es posible que personas involucradas en su caso solo puedan hablar directamente con su abogado y no con usted sobre asuntos importantes.

P. ¿Cómo elijo a un abogado?

R. Elija a uno con experiencia en compensación de trabajadores, preferentemente uno certificado por el State Bar of California especializado en compensación de trabajadores. Usted puede conseguir los nombres de abogados de solicitantes comunicándose con el State Bar of California (teléfono: 1-415-538-2120; sitio web: www.calbar.ca.gov), una asociación de abogados local, la Asociación de Abogados de Solicitantes de California (teléfono: 1-800-648-3132; sitio web: www.caaa.org), una sociedad de ayuda legal del condado, con su sindicato (si tiene uno) o a otros trabajadores lesionados.

Elija con cuidado. En su primera cita, vea si usted se comunica bien con el abogado y sus empleados. Si contrata a un abogado y luego decide cambiar, podría ser difícil encontrar otro dispuesto a tomar su caso.

Elija con cuidado. En su primera cita, vea si usted se comunica bien con el abogado y sus empleados. Si contrata a un abogado y luego decide cambiar, podría ser difícil encontrar otro dispuesto a tomar su caso.

Apéndice A. Leyes y Reglamentos Importantes

A continuación, se detallan leyes y reglamentos gobernando sus derechos y obligaciones dentro del sistema de compensación de trabajadores de California. Para acceder a las leyes, vea el sitio web: www.leginfo.ca.gov (enlace a: *California Law*). Para acceder a los reglamentos, vea el sitio web: www.oal.ca.gov (enlace a *“California Code of Regulations”*).

Advertencia: Algunas normas están fundamentadas en interpretaciones legales halladas en la jurisprudencia y no están detalladas en estatutos y reglamentos. La jurisprudencia incluye las decisiones pasadas de jueces de compensación de trabajadores, de la Junta de Apelaciones y de tribunales estatales. Si tiene preguntas, use los recursos del Capítulo 8.

Introducción

Acuerdos obrero-patronales establecidos: Código Laboral, desde la sección 3201.5 hasta la 3201.9; Título 8 del Código de Reglamentos, desde la sección 10200 hasta la 10204.

Capítulo 1

Definiciones de “lesión”: Código Laboral, secciones 3208, 3208.5 y 3208.1.

Limitaciones en la cobertura por lesiones psiquiátricas: Código Laboral, sección 3208.3.

Limitaciones en la cobertura por lesiones reportadas después de ser despedido o suspendido: Código Laboral, sección 3600 (a)(10).

Beneficios de la atención médica: Código Laboral, sección 4600.

Beneficios por incapacidad temporal (TD) y por incapacidad permanente (PD): Código Laboral, desde la sección 4453 hasta la 4459, y desde la sección 4650, 4658.1 y 4659 hasta la 4664.

Beneficios suplementarios por la pérdida de trabajo: Código Laboral, secciones 4658.5, 4658.6 y 4658.7.

Beneficios por muerte: Código Laboral, desde la sección 4700 hasta la 4728.

Designación previa de su médico particular o un grupo médico: Código Laboral, secciones 3551(b) (3) y 4600(d); Título 8 del Código de Reglamentos, secciones 9780(f), 9780.1 y 9783.

Designación previa de su médico particular si el empleador o la compañía de seguro contratan con una HCO: Código Laboral, secciones 3551(b) (3) y 4600.3(a); Título 8 del Código de Reglamentos, desde la sección 9779.3 hasta la 9779.4.

Cómo informarle a su empleador sobre su lesión o enfermedad: Código Laboral, secciones 5400 y 5402(a).

Es ilegal discriminar (castigar o despedir) a un trabajador por estar lesionado: Código Laboral, sección 132a.

El empleador debe asegurar el acceso a servicios médicos de emergencia: Título 8 del Código de Reglamentos, sección 3400.

Programa de Prevención de Lesiones y Enfermedades: Código Laboral, sección 6401.7; Título 8 del Código de Reglamentos, sección 3203.



*Para acceder a las leyes, vea el sitio web www.leginfo.ca.gov y enlace a *California Law**

*Para acceder a los reglamentos, vea el sitio web www.oal.ca.gov y enlace a *“California Code of Regulations”**

La atención médica como beneficio de la compensación de trabajadores sin importar el tiempo perdido: Código Laboral, sección 4600(a).

Limitaciones en la cobertura para empleados residenciales temporales o de tiempo parcial: Código Laboral, secciones 3352(h) y 3715(b).

Definición de “contratista independiente”: Código Laboral, sección 3353.

Cobertura para extranjeros (inmigrantes): Código Laboral, sección 3351(a).

Beneficios de compensación de trabajadores sin importar quién fue culpable por su lesión: Código Laboral, sección 3600(a).

Usted no puede demandar a su empleador por una lesión laboral; excepciones: Código Laboral, secciones 3602, 3706 y 4558.

Capítulo 2

El empleador debe darle o enviarle un formulario de reclamación dentro de un día laborable después de enterarse de su lesión: Código Laboral, sección 5401(a); Título 8 del Código de Reglamentos, sección 10136 hasta la 10139.

El papel del médico de cabecera que lo atiende: sección 4061.5 del Código Laboral: Título 8 del Código de Reglamentos, secciones 9785 hasta 9785.4 y 10133.3 (Reglamento de emergencia del SJDB).

El empleador debe enviarle el formulario de reclamación completo al administrador de reclamaciones y entregarle una copia al empleado lesionado: Título 8 del Código de Reglamentos, sección 10140(a).

El administrador de reclamaciones debe aceptar o negar una reclamación nueva dentro de un plazo razonable: Código Laboral, secciones 5814 y 5814.6; Título 8 del Código de Reglamentos, sección 10109.

Notificaciones de negación o de demora de una reclamación: Título 8 del Código de Reglamentos, sección 9812(i) y (j).

Fraude contra la compensación de trabajadores: Código Laboral, desde la sección 3820 hasta la 3823; Código de Seguro, secciones 1871 y 1871.4.

Presunción de cobertura de una nueva reclamación por la compensación de trabajadores si no se niega dentro del plazo de 90 días: Código Laboral, sección 5402(b).

Es ilegal discriminar (castigar o despedir) a un trabajador por estar lesionado: Código Laboral, sección 132a.

Ley de Derechos Familiares de California o CFRA: Código de Gobierno, sección 12945.2.

Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda de California o FEHA: Código de Gobierno, secciones 12900 y 12996.

Funcionarios y servicios de Información y Asistencia (I&A): Código Laboral, sección 139.6, y desde la sección 5450 hasta la 5454; Título 8 del Código de Reglamentos, desde la sección 9921 hasta la 9929.

Jueces de compensación de trabajadores: Código Laboral, secciones 123.5 y 123.6; Título 8 del Código de Reglamentos, sección 10348.

Capítulo 3

El empleador debe pagar compensación de trabajadores y estar asegurado o tener seguro propio: Código Laboral, secciones 3600 y 3700.

Es ilegal que el proveedor médico facture al trabajador lesionado mientras la reclamación está pendiente: Código Laboral, sección 3751(b).

Atención médica basada en las pautas de tratamiento y en otras con base científica: Código Laboral, secciones 4600(b), 4604.5 y 5307.27; Título 8 del Código de Reglamentos, sección 9792.8 y 9792.20 hasta la 9792.26.

Límites en visitas al quiropráctico, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional: Código Laboral, sección 4604.5(c).

El empleador debe asegurar el acceso a servicios médicos de emergencia: Título 8 del Código de Reglamentos, sección 3400.

El administrador de reclamaciones debe autorizar el tratamiento médico dentro de un día laborable después de presentado el formulario de reclamación, hasta un valor de \$10,000: Código Laboral, sección 5402(c).

Designación previa de su médico particular o grupo médico: Código Laboral, secciones 3551(b) (3) y 4600(d); Título 8 del Código de Reglamentos, secciones 9780(f), 9780.1 y 9783.

Designación previa de su médico particular o grupo médico si el empleador o la compañía de seguro contrata con una HCO: Código Laboral, secciones 3551(b) (3) y 4600.3(a); Título 8 del Código de Reglamentos, desde la sección 9779.3 hasta la 9779.4.

Redes de Proveedores Médicos o MPN (Medical Provider Networks): Código Laboral, desde la sección 4616 hasta la 4616.7; Título 8 del Código de Reglamentos, desde la sección 9767.1 hasta la 9767.17.

Organizaciones de atención médica o HCO (Health Care Organizations): Código Laboral, desde la sección 4600.3 hasta la 4600.7; Título 8 del Código de Reglamentos, desde la sección 9770 hasta la 9779.8.

Derecho a ser atendido por su médico particular si el empleador no publicó información de sus derechos de compensación de trabajadores: Código Laboral, secciones 3550(e) y 4616.3 (b); Título 8 del Código de Reglamentos, secciones 9881 y 9881.1.

Derecho a ser atendido por un médico de su elección si el empleador o el administrador de reclamaciones no le proporcionan atención necesaria o le dan un tratamiento completamente inadecuado: Código Laboral, sección 4600(a).

Obligación del empleador de publicar información sobre la compensación de trabajadores: Código Laboral, sección 3550; Título 8 del Código de Reglamentos, secciones 9881 y 9881.1.

Cambiarse de médico si lo están atendiendo en una MPN: Código Laboral, sección 4616.3; Título 8 del Código de Reglamentos, sección 9767.6.

Cambiarse de médico si lo están atendiendo en una HCO: Código Laboral, secciones 3209.3 y 4600.3(c), (e) y (g); Título 8 del Código de Reglamentos, sección 9773(b) (6).

Un quiropráctico no puede ser el médico que lo atiende después de 24 consultas quiroprácticas; Código Laboral, sección 4600(c).

Obligación de informarle al administrador de reclamaciones el nombre y dirección del nuevo médico: Código Laboral, sección 4603.2(a) (1).

Cambiarse de médico si no lo atienden en una MPN ni en una HCO: Código Laboral, secciones 3209.3, 4600(c) y 4601(a); Título 8 del Código de Reglamentos, sección 9781.

Cambiarse a su quiropráctico o acupuntor particular: Código Laboral, sección 4601(b) y (c); Título 8 del Código de Reglamentos, secciones 9781(b) y 9783.1.

Cambiarse de médico si lo atiende su médico particular previamente designado: Código Laboral, secciones 3209.3, 4600(c), 4600.3(a), (c), (e) y (g), y 4616.3 (b); Título 8 del Código de Reglamentos, secciones 9767.6 (d), (e) y (f), 9773(b) (6), 9780.1 (d) y 9781.

Informes del médico que lo atiende: Título 8 del Código de Reglamentos, secciones 9785, 9785.4 y 10133.35 (Reglamento de Emergencia del SJDB).

El administrador de reclamaciones debe proporcionar copias de informes médicos cuando se solicitan: Título 8 del Código de Reglamentos, sección 9810(e).

El médico debe proporcionar copias de informes médicos cuando se solicitan; Código de Salud y Seguridad de California, desde la sección 123100 hasta la 123149.5.

Capítulo 4

Cómo disputar las decisiones del médico que lo atiende sobre diagnósticos o tratamientos en una MPN: Código Laboral, secciones 4616.3(c), 4616.4 y 4616.6; Título 8 del Código de Reglamentos, sección 9767.7 y desde la sección 9768.1 hasta la 9768.17.

Cómo disputar las decisiones del médico que lo atiende sobre diagnósticos o tratamientos en una HCO: Código Laboral, secciones 4600.3 (e) y 4600.5 (d) (6); Título 8 del Código de Reglamentos, secciones 9773(b) (7) y 9775.

Cómo disputar las decisiones del médico que lo atiende sobre diagnósticos o tratamientos no correspondientes a una MPN ni a una HCO: Código Laboral, desde la sección 4062 hasta la 4068.

Evaluadores médicos calificados (QME): Código Laboral, sección 139.2; Título 8 del Código de Reglamentos, desde la sección 10 hasta la 119.

Revisión de utilización (UR): Código Laboral, sección 4610; Título 8 del Código de Reglamentos, secciones 9785, 9785.5, desde la sección 9792.6 hasta la 9792.10 y 9792.12 (incluye Reglamentos de Emergencia UR).

Cómo disputar una decisión negando tratamiento: Código Laboral, secciones 4062(b) y (c) 4610.5 y 4610.6; Título 8 del Código de Reglamentos, secciones 9792.10 hasta 9792.10.9 y 9792.12 (incluye Reglamentos de Emergencia IMR).

Multas por demoras o negaciones injustificadas: Código Laboral, secciones 4610.1, 5814 y 5814.5.

Quejas e investigaciones de la Unidad de Auditoría por no cumplir con las fechas límite para la revisión de utilización (UR): Código Laboral, sección 4610(i).

Quejas e investigaciones de la Unidad de Auditoría sobre demoras y negaciones injustificadas: Código Laboral, sección 5814.6.

Cómo un trabajador lesionado o administrador de reclamaciones puede disputar otros tipos de opiniones en un informe médico: Código Laboral, desde la sección 4060 hasta la 4062.5; Título 8 del Código de Reglamentos, sección 9812(g).

Capítulo 5

Elegibilidad para beneficios por incapacidad temporal (TD): Código Laboral, sección 4652.

Montos de los pagos por incapacidad temporal: Código Laboral, sección 4453, desde la sección 4653 hasta la 4657 y sección 4661.5.

Permiso sin perder el trabajo según la Ley de Derechos Familiares de California o CFRA: Código de Gobierno, sección 12945.2.

Notificaciones sobre pagos por incapacidad temporal (TD): Código Laboral, sección 138.4(c); Título 8 del Código de Reglamentos, secciones 9812(a), (b), (c) y (d).

Cuándo se inician los pagos por TD: Código Laboral, sección 4650(a).

Beneficios por TD pagados cada dos semanas: Código Laboral, sección 4650(c).

Carta explicando la demora de los beneficios por TD: Título 8 del Código de Reglamentos, sección 9812(a) (2).

Presunción de cobertura de una nueva reclamación por la compensación de trabajadores si no se niega dentro de los 90 días: Código Laboral, sección 5402(b).

Multas por demoras de los pagos por TD: Código Laboral, secciones 4650(d) y 5814.

Cuándo finalizan los pagos por TD: Código Laboral, sección 4656.

Aviso sobre la finalización de los beneficios por TD: Título 8 del Código de Reglamentos, sección 9812(d).

Capítulo 6

Informes médicos y restricciones laborales mientras se recupera: Código Laboral, sección 4061.5; Título 8 del Código de Reglamentos, secciones 9785 y 9785.2.

Es ilegal discriminar (castigar o despedir) a un trabajador por estar lesionado: Código Laboral, sección 132a.

"Descripción de las Tareas Laborales del Empleado" (formulario RU-91): Título 8 del Código de Reglamentos, sección 10133.33 (Reglamento de Emergencia del SJDB).

Ofertas de empleo y beneficios suplementarios por la pérdida de trabajo: Código Laboral, secciones 4658.5, 4658.6 y 4658.7.; Título 8 del Código de Reglamentos, secciones 9813.1, 10116.9 y desde 10133.31 hasta 10133.60 (incluye Reglamentos de Emergencia del SJDB).

Es ilegal discriminar (castigar o despedir) a un trabajador por estar lesionado: Código Laboral, sección 132a.

Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda de California (FEHA): Código de Reglamentos, secciones 12900 hasta 12996.

Capítulo 7

Definiciones de "incapacidad permanente": Código Laboral, secciones 4660, 4660.1 y 4662; Título 8 del Código de Reglamentos, sección 10152.

Informe de condición Permanente y Estacionaria (P&S): Código Laboral, sección 4663; Título 8 del Código de Reglamentos, secciones 9785(g), 9785.3, 9785.4 y 10152.

Clasificaciones: Código Laboral, secciones 4452.5, 4660, 4660.1, 4662, 4663 y 4664; Título 8 del Código de Reglamentos, secciones 10150 hasta 10167.

Tasas de clasificación: Código Laboral, secciones 4658(d) (4) y 4660; Título 8 del Código de Reglamentos, desde la sección 9725 hasta la 9727, 9805 y 9805.1.

Clasificaciones realizadas por un clasificador de incapacidades estatal: Título 8 del Código de Reglamentos, desde la sección 10150 hasta la 10167.

Reconsideración de clasificación por un clasificador de incapacidades estatal: Título 8 del Código de Reglamentos, sección 10164.

Montos de los pagos por incapacidad permanente (PD): Código Laboral, secciones 4658, 4658.1, 4659, 4660, 4660.1, 4661, 4662 4663 y 4664.

Reducción o incremento de beneficios por PD en un 15% dependiendo de si el empleador le ofrece o no trabajo: Código Laboral, sección 4658(d) (2) y (3); Título 8 del Código de Reglamentos, sección 10117.

"Aviso de Oferta de Trabajo Regular" (formulario DWC-AD 10118): Título 8 del Código de Reglamentos, sección 10118.

"Aviso de Oferta de Trabajo Modificado o Alternativo" (formulario DWC-AD 10033.53): Título 8 del Código de Reglamentos, sección 10033.53.

Cuándo se inician los pagos por PD: Código Laboral, sección 4650(b).

Beneficios por PD pagados cada dos semanas: Código Laboral, sección 4650(c).

Cuándo los beneficios por PD se reducen o se incrementan en un 15%: Título 8 del Código de Reglamentos, sección 10117.

Notificaciones acerca de los beneficios por PD: Código Laboral, secciones 138.4(c) y 4061; Título 8 del Código de Reglamentos, sección 9812(e), (f) y (g).

Multas por demoras en los beneficios por PD: Código Laboral, secciones 4650(d) y 5814.

Estipulaciones con Pedido de Adjudicación: Código Laboral, sección 5702; Título 8 del Código de Reglamentos, secciones 10496, 10497 y desde la sección 10875 hasta la 10882.

Acuerdo y Cesión: Código Laboral, desde la sección 5000 hasta la 5106; Título 8 del Código de Reglamentos, desde la sección 10870 hasta la 10882.

Cambios en los beneficios y la reapertura de un caso: Código Laboral, sección 5410.

Fallo y Adjudicación: Código Laboral, desde la sección 5800 hasta la 5816.

Capítulo 8

Ofertas de empleo y beneficios suplementarios por la pérdida de trabajo: Código Laboral, secciones 4658.5, 4658.6 y 4658.7; Título 8 del Código de Reglamentos, secciones 9813.1, 10116.9 y desde la sección 10133.31 hasta la 10133.60 (incluye Reglamentos de Emergencia del SDJB).

Montos en dólares de los vales: Código Laboral, secciones 4658.5 (b) y 4658.7 (d).

Apéndice B. Glosario

Abogado de solicitantes. Un abogado representando a trabajadores lesionados en sus casos de compensación de trabajadores. “El solicitante” se refiere al trabajador lesionado.

ACOEM. Colegio Estadounidense de Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente o ACOEM (American College of Occupational and Environmental Medicine). Partes de las pautas publicadas por el ACOEM, llamadas “Pautas de la Práctica de la Medicina Ocupacional” (“Occupational Medicine Practice Guidelines”) están incorporadas en el Catálogo de Utilización de Tratamientos Médicos (MTUS) adoptado por la División de Compensación de Trabajadores.

Acuerdo extrajudicial. Un acuerdo entre un trabajador lesionado y el administrador de reclamaciones sobre pagos por compensación de trabajadores y de la futura atención médica provista al trabajador. Un juez de leyes de administración de compensación de trabajadores debe revisar los acuerdos para determinar si son apropiados para compensar al trabajador lesionado.

Acuerdo y Cesión. Un tipo de acuerdo extrajudicial donde el trabajador lesionado recibe un pago total y se torna responsable por pagar su futura atención médica.

Acuerdo establecido (carve-out). Una alternativa a los procedimientos de resolución de disputas en el sistema de compensación de trabajadores de California. Los acuerdos establecidos sólo se pueden crear a través de contratos colectivos entre sindicatos y empleadores.

Administrador de reclamaciones. Una persona encargada de reclamaciones de compensación de trabajadores por empleadores. La mayoría de administradores de reclamaciones trabajan por compañías de seguro u otras organizaciones administrando reclamaciones por empleadores. Algunos de ellos trabajan directamente por grandes empleadores administrando sus propias reclamaciones. También se llaman “examinador de reclamaciones” o “ajustador de reclamaciones”.

Ajustador de reclamaciones. Vea “administrador de reclamaciones”.

AMA. Asociación Médica Estadounidense o AMA (American Medical Association). Para los trabajadores cuyas incapacidades permanentes requieren clasificaciones usando la tasa de clasificación del año 2005, el médico que lo atiende debe clasificar el impedimento del trabajador usando pautas publicadas por la AMA, llamadas “Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes” (“Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment”).

AOE/COE. “Que surge de y que ocurre durante el empleo” o causada por el trabajo de un trabajador y ocurriendo mientras trabaja. Una lesión o enfermedad debe ser AOE/COE para obtener la cobertura de compensación de trabajadores.

Atención médica. Vea “Tratamiento médico”.



Este glosario explica brevemente muchos términos comúnmente usados en la compensación de trabajadores. Éstas no son las definiciones legales completas.

Audiencia. Un proceso o evento legal donde un juez de derecho administrativo de compensación de trabajadores realiza una reunión para tratar temas o recibir información de varias personas para tomar una decisión acerca de una disputa o de un acuerdo propuesto.

Aviso de Oferta de Trabajo Modificado o Alternativo (DWC-AD 10133.53). Si el trabajador se lesionó entre 2004 y 2012: Un formulario enviado por un empleador o administrador de reclamaciones a un trabajador lesionado con incapacidad permanente. Si el empleador hace esta oferta dentro de los 30 días a partir del último pago recibido por incapacidad temporal (TD), el administrador de reclamaciones no debe proporcionar un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo (SJDB). Si el trabajador se lesionó entre 2005 y 2012, el empleador cuenta con al menos 50 empleados, y esta oferta se realiza dentro de los 60 días a partir de cuándo la condición del trabajador pasa a ser permanente y estacionaria (P&S), los pagos por incapacidad permanente (PD) se reducen en un 15 por ciento; caso contrario, se incrementan en un 15 por ciento.

Aviso de Oferta de Trabajo Regular, Modificado o Alternativo (DWC-AD 10133.35). Si el trabajador se lesionó durante o después del año 2013: Un formulario enviado por el empleador o administrador de reclamaciones a un trabajador lesionado con incapacidad permanente. Si el empleador hace esta oferta dentro de los 60 días a partir de cuándo el administrador se entera de la incapacidad parcial permanente (PPD) del empleado que pasó a ser permanente y estacionaria (P&S), el administrador de reclamaciones no debe proporcionar un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo (SJDB).

Aviso de Oferta de Trabajo Regular (DWC-AD 10118). Si el trabajador se lesionó entre 2005 y 2012: Un formulario enviado por el empleador o administrador de reclamaciones a un trabajador lesionado con incapacidad permanente. Si el empleador tiene al menos 50 empleados y esta oferta se realiza dentro de los 60 días a partir de cuándo la condición del trabajador pasa a ser permanente y estacionaria (P&S), los pagos por incapacidad permanente (PD) se reducen en un 15 por ciento; caso contrario, se incrementan en un 15 por ciento.

Beneficio suplementario por la pérdida de trabajo (SJDB). Un beneficio de compensación de trabajadores para trabajadores lesionados durante o después del año 2004 con una incapacidad parcial permanente (PPD) impidiéndole al trabajador desempeñar su antiguo trabajo y cuyo empleador no le ofrece otro trabajo. Tiene la forma de un vale ayudando a pagar nuevas capacitaciones o cursos para mejorar los conocimientos, o las dos cosas. También se llama “vale”.

Beneficios por incapacidad permanente o PD (permanent disability). Los pagos a un trabajador cuya lesión laboral causa una pérdida permanente de la función física y mental medible por un médico. Los beneficios por incapacidad parcial permanente o PPD (permanent partial disability) consisten de pagos a un trabajador cuya pérdida de su función se considera parcial. Los beneficios por incapacidad total permanente o PTD (permanent total disability) consisten de pagos a un trabajador cuya pérdida de su función se considera total o casi total.

Beneficios por incapacidad temporal o TD (temporary disability). Los pagos a un trabajador lesionado por salarios perdidos mientras se recupera porque su lesión no le permite hacer su trabajo habitual. Los beneficios por incapacidad parcial temporal o TPD (temporary partial disability) consisten de pagos a un trabajador capaz de hacer algún trabajo mientras se recupera, pero con un salario menor al anterior. Los beneficios por incapacidad total temporal o TTD (temporary total disability) consisten de pagos realizados a un trabajador incapaz de trabajar mientras se recupera.

Beneficios por muerte. Los pagos al cónyuge, a los hijos o a otros dependientes de un trabajador fallecido debido a una lesión o enfermedad laboral.

Cal/OSHA. La División de Seguridad y Salud Ocupacional o Cal/OSHA (Division of Occupational Safety and Health) es una agencia estatal que inspecciona lugares de trabajo y administra leyes protegiendo la salud y seguridad de los trabajadores en California.

Carta de demora. Una carta enviada por el administrador de reclamaciones al trabajador lesionado explicándole la razón por los pagos demorados, cual información se requiere antes de enviarlos y cuándo se tomará una decisión sobre ellos.

Catálogo de Utilización de Tratamiento Médico o MTUS (Medical Treatment Utilization Schedule). Una serie de pautas y un marco analítico adoptado por la División de Compensación de Trabajadores de California, basadas en evidencia científica y estándares de atención médica reconocidos en el país, describiendo el grado y alcance apropiado de tratamiento comúnmente realizado en casos de compensación de trabajadores.

Clasificación. Vea “Clasificación de incapacidad permanente”.

Clasificación de incapacidad. Vea “Clasificación de incapacidad permanente”.

Clasificación de incapacidad permanente (PD). Un porcentaje calculando cuanto una lesión laboral limita permanentemente los trabajos que puede realizar un trabajador. La clasificación está basada en la condición médica del trabajador, en la fecha de la lesión, en la edad y ocupación cuando se lesionó, y en el prorrateo o “apportionment” (el porcentaje de la incapacidad debida al trabajo comparado con otros factores).

Clasificación de impedimento. Un porcentaje calculando el grado de pérdida del uso normal de las partes del cuerpo lesionadas sufridas por un trabajador. Las clasificaciones de impedimentos se determinan basándose en las pautas publicadas por la Asociación Médica Estadounidense o AMA (American Medical Association). Son distintas a la “clasificación de incapacidad permanente”.

Clasificador de incapacidades. Un empleado de la División de Compensación de Trabajadores estatal que clasifica la incapacidad permanente de los trabajadores lesionados después de revisar informes médicos o médico-legales describiendo sus condiciones. También llamado evaluador de incapacidades (“disability evaluator”).

Comisión de Salud, Seguridad y Compensación de Trabajadores o CHSWC (Commission on Health and Safety and Workers’ Compensation). Un organismo designado por el estado, constando de cuatro representantes sindicales y cuatro representantes patronales, patrocinando y realizando estudios y haciendo recomendaciones para mejorar tanto el sistema de compensación de trabajadores de California como las actividades estatales para prevenir lesiones laborales.

Descripción de las Tareas Laborales del Empleado (Formulario DWC-AD 10133.33). Un formulario llenado en conjunto por el trabajador lesionado y el empleador o administrador de reclamaciones para ayudarlo al médico que lo atiende a determinar si el trabajador puede volver a su puesto y a sus condiciones laborales habituales. La información del formulario también ayuda al médico a especificar las restricciones laborales apropiadas.

Designación previa. Un proceso en que un trabajador le comunica a su empleador por escrito, antes de lesionarse en el trabajo, el nombre y la dirección de su médico particular por si sufre una lesión laboral. Este médico debe ser el médico de cabecera del trabajador y debe aceptar la designación previa. Un trabajador también puede hacer una designación previa de un grupo médico. Si un trabajador hace la designación previa, puede ser atendido por su médico particular inmediatamente después de la lesión, en lugar de por uno elegido por el empleador o por el administrador de reclamaciones. El trabajador puede hacer la designación previa sólo cuando, a la fecha de la lesión, tenía cobertura médica para las condiciones no relacionadas al trabajo. Vea también “médico particular”.

Disputa o desacuerdo. Un desacuerdo acerca del derecho del trabajador de recibir pagos, servicios u otros beneficios.

Disputar. Estar en desacuerdo con algo, hacer una objeción o presentar una disputa.

División de Compensación de Trabajadores o DWC (Division of Workers' Compensation) (DWC). Una agencia estatal administrando las leyes sobre compensación de trabajadores, resolviendo las disputas y proporcionando información y asistencia a trabajadores lesionados y a otros acerca del sistema de compensación de trabajadores.

Doctor que lo atiende. Vea “médico que lo atiende”.

Estipulaciones con Pedido de Adjudicación. Un tipo de acuerdo donde el administrador de reclamaciones por lo general accede a continuar pagando por atención médica para una lesión.

Evaluador médico acordado o AME (agreed medical evaluator). Un médico elegido entre el abogado del trabajador lesionado y el administrador de reclamaciones para realizar un examen médico y preparar un informe médico-legal para ayudar a resolver una disputa.

Evaluador médico calificado o QME (qualified medical evaluator). Un médico elegido de una lista suministrada por la División de Compensación de Trabajadores por un trabajador lesionado, su abogado o un administrador de reclamaciones para realizar un examen médico y preparar un informe médico-legal para ayudar a resolver una disputa. Los QME son certificados por la División de Compensación de Trabajadores estatal.

Examinador de reclamaciones. Vea “administrador de reclamaciones”.

Factores objetivos. Mediciones, observaciones directas y resultados de exámenes según el médico que lo atiende, un QME o un AME contribuyendo a la incapacidad permanente de un trabajador lesionado.

Factores subjetivos. El dolor y otros síntomas del trabajador lesionado, no medibles ni observables directamente, que según el médico contribuyen a la incapacidad permanente del trabajador.

Fallo y adjudicación (Findings and Award). Una decisión por escrito dictada por un juez de leyes de administración de compensación de trabajadores sobre el caso de un trabajador lesionado, incluyendo los pagos y la futura atención médica que se le deben proporcionar.

Fecha de la lesión. Si la lesión fue causada por un único incidente (una lesión específica), será la fecha del incidente. Si la lesión se produjo como consecuencia de repetidas exposiciones (una lesión acumulativa), será la fecha cuando el trabajador se enteró o debería de enterarse que la lesión se produjo mientras trabajaba.

Fondo Fiduciario de Beneficios para Empleadores Sin Seguro o UEF (Uninsured Employers Benefit Trust Fund). Una posible fuente de beneficios de compensación de trabajadores para un trabajador lesionado cuyo empleador ilegalmente no tiene seguro en California. Estos beneficios son administrados por la División de Compensación de Trabajadores estatal.

Formulario de Reclamación (DWC-1). Un formulario utilizado por un trabajador para solicitar por escrito beneficios de compensación de trabajadores.

Formulario del Vale Intransferible para Capacitación a través del Beneficio Suplementario por la Pérdida de Trabajo (Supplemental Job Displacement Nontransferable Training Voucher Form) (DWC-AD 10133.57). Un formulario utilizado por el administrador de reclamaciones para proporcionarle un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo, o vale, a un trabajador lesionado con una incapacidad permanente. El formulario DWC-AD 10133.32 se usa para trabajadores lesionados a partir del año 2013. El formulario DWC-AD 10133.57 se usa para aquellos lesionados entre los años 2004 y 2012.

Funcionario de Información y Asistencia (I&A). Un empleado de la División de Compensación de Trabajadores estatal que responde a preguntas, ayuda a trabajadores lesionados, proporciona materiales impresos, dicta talleres informativos y realiza reuniones para resolver problemas de reclamaciones de manera informal. La mayoría de sus servicios se diseñan para ayudar a los trabajadores sin abogado.

Informe de condición permanente y estacionaria. Informe médico redactado por el médico que lo atiende detallando la condición médica del trabajador lesionado al estabilizarse. Vea también “permanente y estacionario”.

Informe médico-legal. Un informe redactado por un médico para ayudar a esclarecer al menos un tema en disputa con respecto a la condición médica o lesión de un trabajador.

Juez. Vea “juez de leyes de administración de compensación de trabajadores”.

Juez de compensación de trabajadores. Vea “juez de leyes de administración de compensación de trabajadores”.

Juez de leyes de administración de compensación de trabajadores. Un empleado de la División de Compensación de Trabajadores estatal que toma decisiones sobre disputas y aprueba acuerdos extrajudiciales. Esta persona tiene audiencias en las oficinas de la Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores o WCAB (Workers' Compensation Appeals Board) y sus decisiones pueden ser revisadas y reconsideradas por la Junta de Apelaciones. También se le llama “juez de compensación de trabajadores”.

Junta de Apelaciones. Un grupo de siete comisionados que revisan y reconsideran las decisiones de los jueces de leyes de administración de compensación de trabajadores.

Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores o WCAB (Workers' Compensation Appeals Board). La Junta de Apelaciones y los jueces de leyes de administración de compensación de trabajadores.

Lesión acumulativa. Una lesión causada por incidentes repetidos o por repetidas exposiciones en el trabajo. Por ejemplo: lastimarse la muñeca por repetir constantemente el mismo movimiento, perder la capacidad auditiva por ruidos fuertes y constantes.

Lesión específica. Una lesión causada por un incidente laboral. Por ejemplo: lastimarse la espalda al caerse, quemarse la piel con un producto químico, lesionarse en un accidente automovilístico al hacer entregas.

Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades o ADA (Americans With Disabilities Act). Una ley federal prohibiendo la discriminación contra las personas con incapacidad. Las estipulaciones de empleo de la ADA son administradas por la Comisión de Igualdad de Oportunidades Laborales o EEOC (Equal Employment Opportunity Commission) de Estados Unidos.

Ley de Derechos Familiares de California o CFRA (California Family Rights Act). Una ley estatal, administrada por el Departamento de Igualdad en el Empleo y la Vivienda de California, obligando a la mayoría de empleadores con al menos 50 empleados a otorgar permisos, sin goce de sueldo y sin perder el trabajo, a los empleados con graves problemas de salud o que necesitan cuidar a un hijo o a otro miembro de su familia.

Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda o FEHA (Fair Employment and Housing Act). Una ley estatal, administrada por el Departamento de Igualdad en el Empleo y la Vivienda de California, prohibiendo la discriminación contra personas con incapacidades. En algunos casos, las disposiciones de la FEHA ofrecen más protección que la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades o ADA (Americans With Disabilities Act).

Ley de Ausencia Familiar y Médica o FMLA (Family and Medical Leave Act). Una ley federal, administrada por el Ministerio de Trabajo de EE.UU., obligando a la mayoría de los empleadores con al menos 50 empleados a otorgar permisos, sin goce de sueldo y sin perder el trabajo, a los trabajadores con graves problemas de salud o necesidad de cuidar a un hijo o a otro miembro de su familia.

Médico. Un doctor en medicina, en osteopatía, un psicólogo, un acupuntor, un optometrista, un dentista, un podólogo o un quiropráctico licenciado en California. La definición de "médico particular" es diferente. Vea "médico particular".

Médico de cabecera que lo atiende (PTP). El médico responsable de dirigir todo el cuidado médico del trabajador lesionado y de redactar los informes médicos afectando sus beneficios.

Médico que lo atiende. El médico de cabecera (PTP) que atiende a un trabajador lesionado u otro médico atendiéndolo cuyas recomendaciones son incorporadas en los informes médicos del PTP. También se llama "médico de cabecera que lo atiende" o "doctor que lo atiende".

Médico particular. Un médico licenciado en California con título de doctor en medicina (M.D.) o en osteopatía (D.O.) que atendió al trabajador lesionado en el pasado y conoce su historia clínica. El médico debe ser doctor en medicina general, internista, pediatra, obstetra-ginecólogo o de familia y debe ser el médico de cabecera del trabajador. La definición de “médico particular” puede incluir un grupo médico prestando servicios integrales mayormente para tratar condiciones médicas no relacionadas al trabajo.

Mejora médica máxima. Vea “permanente y estacionario (P&S)”.

Multa. Una multa cobrada a un empleador o a un administrador de reclamaciones y pagada al trabajador lesionado. Puede referirse a una multa automática de 10 por ciento por una demora en un sólo pago o a una de 25 por ciento, hasta \$10,000, por una demora injustificada.

Organización de atención médica o HCO (Health Care Organization). Una organización certificada por la División de Compensación de Trabajadores estatal contratada por un empleador o una compañía de seguro para ofrecer atención médica administrada dentro del sistema de compensación de trabajadores de California.

Permanente y estacionaria (P&S). Cuando un médico informa que la condición del trabajador lesionado se ha estabilizado, o que no mejora ni empeora. Para los empleados cuya incapacidad permanente debe ser evaluada usando la “Tasa de Clasificaciones de Incapacidades de 2005”, se considera cuando el trabajador alcanza la mejora médica máxima (MMI). Vea también “informe de condición permanente y estacionaria”.

Presentación. Enviar o entregar un documento a un empleador o a una agencia gubernamental como parte de un proceso legal. La fecha de presentación del documento es cuando se recibe el documento.

Programa de Prevención de Lesiones y Enfermedades o IIPP (Injury and Illness Prevention Program). Un programa de salud y seguridad obligatorio desarrollado e implementado por los empleadores. La Cal/OSHA se encarga de hacer cumplir este requisito.

Prorrateo (Apportionment). Una forma de calcular el porcentaje de la incapacidad permanente de un trabajador lesionado debido a su empleo, en comparación con otros factores.

Reclamación aceptada. Una reclamación de compensación de trabajadores donde el administrador de reclamaciones acepta que la lesión o enfermedad del trabajador están cubiertas por el seguro de compensación de trabajadores. Aunque se acepte la reclamación, puede haber demoras u otros problemas. También se le llama “reclamación admitida”.

Reclamación negada. Una reclamación de compensación de trabajadores donde el administrador de reclamaciones considera que la lesión o enfermedad del trabajador no cumplen los requisitos para la compensación de trabajadores y le ha comunicado su decisión al trabajador.

Reconsideración. Un proceso legal para apelar una decisión de un juez de leyes de administración de compensación de trabajadores.

Reconsideración de una clasificación sumaria. Un proceso para determinar si hubo errores en la determinación de la clasificación de una incapacidad permanente de un trabajador lesionado sin abogado.

Red de proveedores médicos o MPN (medical provider network). Un conjunto de médicos y otros proveedores de atención médica elegidos por un empleador o una compañía de seguro para atender a trabajadores lesionados en el sistema de compensación de trabajadores de California. Deben ser aprobados por la División de Compensación de Trabajadores estatal.

Restricciones. Vea “Restricciones laborales”.

Restricciones laborales. Una descripción de un médico estableciendo límites claros y específicos para las tareas laborales permitidas para un trabajador lesionado, usualmente diseñadas para protegerlo de nuevas lesiones.

Revisión de utilización (UR). El proceso utilizado por el administrador de reclamaciones para decidir si debe autorizar y pagar el tratamiento recomendado por el médico que lo atiende o por otro médico.

Revisión Médica Independiente o IMR (Independent Medical Review). Este término se refiere a dos procesos diferentes:

- Revisión independiente de una decisión, comunicada por un administrador de reclamaciones, para negar o modificar el tratamiento recomendado por un médico que atiende a un trabajador. Un trabajador lesionado puede solicitar este tipo de IMR si la fecha de la lesión ocurrió antes o después del 1 de enero de 2013, o si el administrador de reclamaciones comunicó la decisión de negar el tratamiento durante o después del 1 de julio de 2013.
- Revisión independiente de una decisión de tratamiento tomada por el médico que lo atiende en la red de proveedores médicos (MPN). Un trabajador lesionado puede solicitar este tipo de IMR si lo atienden en una MPN y obtiene opiniones de otros dos médicos de la MPN.

Salario semanal promedio del estado o SAWW (State average weekly wage). El salario semanal promedio pagado el año anterior a los empleados en California con cobertura de seguro por desempleo, según informes del Ministerio de Trabajo de los EE.UU.

Sección 132a del Código Laboral de California. Una ley estatal prohibiendo la discriminación contra trabajadores lesionados por sufrir una lesión laboral o por presentar una reclamación de compensación de trabajadores. La ley también prohíbe discriminar en contra de compañeros de trabajo que declaran en el caso de un trabajador lesionado.

Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI) y Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). Asistencia financiera para personas con incapacidad. Estos beneficios se administran por la Administración del Seguro Social de los Estados Unidos. Pueden ser reducidos por los pagos de compensación de trabajadores recibidos por un trabajador lesionado.

Seguro Estatal por Incapacidad o SDI (State Disability Insurance). Asistencia financiera a corto plazo para trabajadores con incapacidades en California. Los trabajadores con lesiones laborales pueden solicitar beneficios del SDI cuando se demoran o se niegan los pagos de compensación de trabajadores. Estos beneficios se administran por el Departamento del Desarrollo del Empleo del estado (EDD).

Tasa de Clasificación de Incapacidades Permanentes (Schedule for Rating Permanent Disabilities). Una publicación estatal con información detallada utilizada para clasificar las incapacidades permanentes. Hay tres tasas de clasificación. Vea el Capítulo 7.

Trabajo alternativo. Si el médico atendiendo a un trabajador lesionado informa que su paciente no se recuperará por completo ni podrá volver al puesto de trabajo o condiciones laborales anteriores, el empleador puede ofrecerle trabajo alternativo en lugar de un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo. Se trata de un trabajo diferente al antiguo puesto del empleado. El trabajo debe incorporar las restricciones laborales del empleado, durar al menos 12 meses, pagar al menos el 85% del salario y beneficios recibidos antes de lesionarse y ubicarse a una distancia razonable de su residencia cuando se lesionó.

Trabajo modificado. Si el médico que lo atiende informa que un trabajador lesionado no se recuperará por completo o no podrá volver al puesto de trabajo o condiciones laborales anteriores, el empleador puede ofrecerle trabajo modificado en lugar de un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo. Se trata del puesto anterior del trabajador con cambios incorporando las restricciones laborales impuestas por el médico; debe pagar al menos el 85 por ciento del salario y beneficios recibidos antes de lesionarse, durar al menos 12 meses y ubicarse a una distancia razonable de su residencia cuando se lesionó.

Trabajo regular. El trabajo anterior de un trabajador lesionado, con el mismo salario y beneficios de antes de lesionarse y ubicado a una distancia razonable de su residencia cuando se lesionó.

Tratamiento médico. Un beneficio de compensación de trabajadores ofrecido al trabajador lesionado “razonablemente necesario para curar o aliviar los efectos de la lesión”. También se llama “atención médica”.

Unidad Médica. Una unidad de la División de Compensación de Trabajadores estatal que supervisa los planes de revisión de utilización (UR), la revisión médica independiente (IMR) de decisiones negando el tratamiento recomendado por el médico que lo atiende, las redes de proveedores médicos (MPN), la revisión médica independiente (IMR) de decisiones sobre tratamientos de médicos del MPN, las organizaciones de atención médica (HCO), y los evaluadores médicos calificados (QME).

Vale. Vea “Beneficio suplementario por la pérdida de trabajo”.



Departamento de
Relaciones Industriales
de California

Christine Baker, *Directora*

Departamento de Relaciones Industriales de California

David Lanier, *Secretario*

Agencia para el Desarrollo del Trabajo y de la Fuerza Laboral
Estado de California

Workers' Compensation in California:
A Guidebook for Injured Workers—SPANISH

Fifth Edition, July 2014