



Informe de lesiones de trabajadores

Información para llenar el Informe de lesiones de trabajadores

Se usará el reclamo de beneficios de compensación de trabajadores para avisarle a la compañía de seguro de beneficios de compensación a los trabajadores o a los patrones asegurados por cuenta propia que usted puso un reclamo para cobrar beneficios de compensación a trabajadores. Si presentara esta forma sin llenarla por completo, pudiera demorarse el trámite de avisar a la compañía de seguro de beneficios de compensación a los trabajadores o a los patrones asegurados por cuenta propia para que le acepten o le niegue el reclamo.

PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

— ¿Será la División de Reclamos de la Comisión Industrial de Arizona (ICA) la agencia que pagará mi reclamo?

- No. La División de Reclamos y la Procuraduría (en inglés, *Ombudsman*) de la Comisión Industrial de Arizona (ICA) supervisan por normativa y están disponibles para ayudarle en todo el trámite de reclamos. Para pedir ayuda, por favor, llámenos al 602-542-4661 o envíenos un mensaje de correo electrónico a: Help@azica.gov, Ayuda@azica.gov — o — Claims@azica.gov.

— ¿Cuánto tiempo se tardará la compañía aseguradora o los patrones asegurados por cuenta propia en aceptar o rechazar el reclamo?

- La Comisión Industrial de Arizona notificará el reclamo tan pronto sea posible. La compañía aseguradora o los patrones asegurados por cuenta propia tendrán hasta 21 días a partir de la fecha en la que se les notifique para hacer sus investigaciones y tomar su decisión sobre el reclamo.

— ¿Cuándo se me pagará por el tiempo perdido por causa del accidente?

- En reclamos nuevos aceptados por tiempo perdido (ya sea en tareas livianas con tiempo perdido, o si le descansaran del trabajo / *off work status*), se le deberá a usted el primer pago en plazo de 21 días a partir de la fecha de notificación por parte de la ICA. Hay un plazo de 7 días de espera para cualificar para beneficios; una vez pasen 14 días, los beneficios serán retroactivos hasta el primer día.

— ¿Qué pudiera hacer si me llegaran facturas médicas por mi reclamo de compensación para trabajadores?

- Cuando se acepte un reclamo de beneficios, los beneficios médicos se pagarán de inmediato y usted no debería tener que pagar de su propia bolsa. Por favor, comuníquese con su proveedor(a) de servicios médicos para asegurarse de que le cobren por su tratamiento a la entidad de seguros correcta.

Derecho a escoger su médico(a)

Cuando se lesione un(a) trabajador(a), los patrones tendrán derecho a que un(a) doctor(a) examine una vez a tal trabajador(a) lesionado/a. Si usted regresara a atenderse por segunda vez con tal doctor(a), entonces tal doctor(a) se convertirá en su doctor(a) de tratamiento (que le atiende). Después de esa visita una vez con tal doctor(a) que le examine de parte de los patrones, usted podrá elegir su doctor(a) que prefiera. Excepción: si sus patrones estuvieran asegurados por cuenta propia y le dieran instrucciones de recibir tratamientos médicos dirigidos, deberá usted cumplir con el programa de atenciones médicas dirigidas. Podrá comunicarse sobre esto con la División de Reclamos de la Comisión Industrial de Arizona al (602) 542-4661, o si no visitar en línea a azica.gov/divisions/claims-division.

Forma disponible en formato alterno: La Comisión Industrial cumple con la Ley General de Estadounidenses con Discapacidades del 1990. Si necesitara este documento en forma alterna, comuníquese con la División de Reclamos al (602) 542-4661.



Llámenos
602-542-4661



Por correo electrónico:
Ayuda@azica.gov
Claims@azica.gov



Para más recursos, visite nuestra Página Web:
www.azica.gov

Presente esta forma:

Para presentar electrónicamente, visite en línea a www.azica.gov
y el [Informe de lesiones de trabajadores \(Workers Report of Injury\)](#)

— Por correo: —

Industrial Commission of Arizona
PO BOX 19070
Phoenix AZ 85005
Fax: 602-542-3373



INDUSTRIAL COMMISSION OF
ARIZONA

Informe de lesiones de trabajadores

Archivo electrónico www.azica.gov. Por correo: Industrial Commission of Arizona PO BOX 19070 Phoenix AZ 85005 - Fax: 602-542-3373
Se exige que rellene todo blanco marcado con un *. No rellenarlo todo pudiera demorar el proceso.
Por cualquier duda, llámenos o envíenos un mensaje por correo electrónico ayuda@azica.gov

1. Trabajador(a) lesionado/a

Primer nombre*:	Segundo nombre:	Apellido*:
Últimos cuatro dígitos del Seguro Social*:	Fecha de nacimiento*:	
Sexo: masculino femenino ni lo uno ni lo otro prefiero no decir	¿Tenía dependientes legales cuando se lesionó*? Si No	
Mano que más usa: derecha izquierda ambidiestro/a	Estado civil*: soltero/a casado/a divorciado/a	
Número de teléfono*:	Dirección de correo electrónico:	
Dirección postal (de cartas)*:		
Ciudad*:	Estado*:	Código Postal*:
Marque para recibir avisos y documentos de la Comisión Industrial por correo electrónico*:		

2. Empleo

Puesto o cargo en el trabajo*:	Fecha que empezó con estos patrones*:
Nombre de patrones (en el cheque o documento fiscal/de impuestos)*:	
Dirección patronal*:	
Ciudad*:	Estado*:
Código Postal*:	
Teléfono de patrones:	Nombre de supervisor(a)*:
Teléfono de supervisor(a):	Correo electrónico de supervisor(a):
Compañía de seguro de compensación de trabajadores:	Número de póliza:
Cantidad básica de paga:	Cada cuánto: por hora mensual salario
Otros ingresos o explicación de ingresos de parte de patrones para cuando se lesionó:	
¿Tuvo algún otro empleo de un año para acá? Si No	

3. Lesión

Fecha de lesión*:	Hora de lesión:
Describa cómo y cuándo fue que ocurrió el accidente o la causa del accidente (límite de 255 caracteres)*:	Describa qué parte(s) del cuerpo se lastimó (límite de 255 caracteres)*:
¿Perdió también dientes, o se lastimó la cara o alrededor de la cara? Si No	
Nombre de doctor(a) que le atiende de lo que se lastimó:	
Nombre de la clínica u hospital en donde se atiende de lo que se lastimó:	
¿Quién lo envió a su doctor(a) con quien se atiende? yo mismo/a patrones seguro	

4. Firma

Estoy solicitando todos los beneficios a los que tengo derecho según las leyes. Sabiendo por completo que la ley A.R.S. § 23-1028 dice que es un delito mayor hacer declaraciones falsas adrede para obtener compensación, certifico que todas mis declaraciones en esta forma son fieles a la verdad, correctas y completas.

Por la presente autorizo a todo médico y persona en el campo de la salud, así como a todo o hospital, clínica o sitio que me proporcione atenciones médicas que le proporcionen a la Comisión Industrial de Arizona, a mis patrones, a la compañía aseguradora y a sus representantes autorizados, toda información, constancias (*records*) e imágenes (incluso radiografías) de **mi condición física y tratamiento para esta lesión industrial**, a fin de que se usen para entender debidamente el caso, al igual que determinar los derechos que conlleva. No autorizo que se divulgue información médica de origen alguno sobre condiciones no pertinentes a este reclamo de lesión industrial que se está tramitando (conforme la fracción de Derecho A.R.S. § 23-908(D)).

Firma*:	Fecha*:
---------	---------