

Compensación del Trabajador de California



Una Guía para los Trabajadores Lesionados

preparada para la

Comisión de Salud, Seguridad y Compensación del Trabajador de California
(California Commission on Health and Safety and Workers' Compensation)

Tercera Edición, Noviembre de 2006

Lista de Menciones

Esta guía fue diseñada y producida por el Instituto de Relaciones Industriales o IIR (Institute of Industrial Relations) de la Universidad de California en Berkeley y por el Programa de Salud Laboral o LOHP (Labor Occupational Health Program) del Centro para la Salud Ocupacional y Ambiental (Center for Occupational and Environmental Health) de la Escuela de Salud Pública (School of Public Health) de la Universidad de California en Berkeley, bajo contrato con la Comisión de Salud, Seguridad y Compensación del Trabajador de California o CHSWC (Commission on Health and Safety and Workers' Compensation). Está basada en folletos informativos, preparados en los años 1998 y 2000, y en la primera y segunda edición de esta guía, preparadas en los años 2002 y 2005.

Directora del Proyecto	Juliann Sum, J.D., Sc.M.
Asesora del Proyecto	Laura Stock, M.P.H.
Editor	Gene Darling
Diseño Gráfico/Producción	Kate Oliver
Fotografías	Robert Gumpert
Ilustraciones	New Vision Technologies, Inc.
Traducción al Español	Abracadabra Translations, Inc. (www.AbracadabraTR.com)

Queremos expresar nuestro agradecimiento al Departamento de Relaciones Industriales de California, a Angie Wei, Directora de la CHSWC y a los otros miembros de la Comisión, a Christine Baker, Directora Ejecutiva de la CHSWC, a Charles Lawrence Swezey, Asesor de la CHSWC, al Juez de Compensación del Trabajador Lachlan Taylor y al personal de la CHSWC por su apoyo en este proyecto. También deseamos expresar nuestro agradecimiento a la División de Compensación del Trabajador y a las otras personas y organizaciones que, con sus valiosas revisiones y contribuciones, nos ayudaron a crear esta guía.

Tercera Edición, Noviembre de 2006.

Copyright © 2006, IIR, LOHP y CHSWC. 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 IIR, LOHP y CHSWC y como traductor a Abracadabra Translations, Inc. (www.AbracadabraTR.com).

Índice de Materias

Introducción.	Cómo Utilizar esta Guía	7
Capítulo 1.	Los Principios Fundamentales de la Compensación del Trabajador	11
Capítulo 2.	Después de Sufrir una Lesión Laboral	19
	Cómo Hacer Un Seguimiento de Su Reclamación	23
Capítulo 3.	Atención Médica	25
Capítulo 4.	Resolución de Problemas Acerca de la Atención y de los Informes Médicos	33
Capítulo 5.	Beneficios por Incapacidad Temporal	43
Capítulo 6.	Trabajando para su Empleador Después de Lesionarse	51
Capítulo 7.	Beneficios por Incapacidad Permanente	59
Capítulo 8.	Beneficios para Cuando Necesita Cambiar de Trabajo	69
Capítulo 9.	Para Conseguir Más Información y Ayuda	77
	Preguntas y Respuestas Acerca de los Servicios Estatales de Información y Asistencia	82
	Preguntas y Respuestas Acerca de Abogados	85
Apéndice A.	Leyes y Reglamentos Importantes	89
Apéndice B.	Glosario	99

Cómo Utilizar esta Guía

Esta guía presenta una perspectiva general del sistema de Compensación del Trabajador de California. Su objetivo es ayudar a los trabajadores que sufrieron alguna lesión en el trabajo a comprender sus derechos legales básicos, los pasos a seguir para solicitar beneficios de compensación del trabajador y, de ser necesario, dónde conseguir más información y ayuda.

Esta nueva edición de la guía describe el sistema de compensación del trabajador actualizado hasta noviembre de 2006. La información que se provee en esta guía es correcta en la mayoría de las situaciones. Sin embargo, el sistema que rige la compensación del trabajador es bastante complicado. La guía no describe en su totalidad muchas reglas, excepciones o plazos que podrían ser pertinentes a su caso. Por ejemplo, si su lesión ocurrió hace varios años, sus beneficios y los pasos que debe seguir podrían ser diferentes. Además, existe la posibilidad de que mediante un contrato sindical o un contrato obrero-patronal establecido se le otorguen derechos adicionales o se requieran procedimientos diferentes.

Todos los obreros, hayan o no sufrido una lesión laboral, deberían leer el:

Capítulo 1, “Los Principios Fundamentales de la Compensación del Trabajador”

Si usted sufrió una lesión laboral, debería leer el:

Capítulo 2, “Después de Sufrir una Lesión Laboral”

En ese capítulo, asegúrese de leer “**Cómo Hacer Un Seguimiento de Su Reclamación**” (página 23) en donde encontrará consejos básicos acerca de cómo manejar su caso y de cómo proteger sus derechos, especialmente si experimenta demoras u otros problemas con el sistema de compensación del trabajador.

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

Capítulo 3, “Atención Médica”

Capítulo 4, “Resolución de Problemas Acerca de la Atención y de los Informes Médicos”

Capítulo 5, “Beneficios por Incapacidad Temporal”

Capítulo 6, “Trabajando para su Empleador Después de Lesionarse”

Capítulo 7, “Beneficios por Incapacidad Permanente”

Capítulo 8, “Beneficios para Cuando Necesita Cambiar de Trabajo”

Como esta guía no puede abarcar todas las situaciones posibles que podrían enfrentar los trabajadores lesionados, el **Capítulo 9, “Para Conseguir Más Información y Ayuda”** presenta recursos adicionales. Incluye información acerca de agencias del gobierno, abogados, proveedores de atención médica, sindicatos y grupos de apoyo. También incluye libros y otros materiales. Usted debe utilizar esos recursos para informarse mejor acerca de la compensación del trabajador o para recibir ayuda específica para su caso en particular.

Puede utilizar los dos apéndices como referencia. El **Apéndice A** incluye las **“Leyes y Reglamentos Importantes”** que rigen sus derechos y obligaciones. También explica cómo acceder a las leyes y a los reglamentos. El **Apéndice B** contiene un **“Glosario”** que explica brevemente muchos de los términos comúnmente utilizados en la compensación del trabajador.





Los Principios Fundamentales de la Compensación del Trabajador

¿Qué es la compensación del trabajador?	11
¿Cuáles son los beneficios?	12
¿Puedo atenderme con mi médico habitual si sufro una lesión laboral?	12
¿Cualquier empleado puede hacer una designación previa?	12
Cómo Hacer una Designación Previa	13
¿Existen reglas diferentes para hacer una designación previa si mi empleador o la compañía de seguro tienen un contrato con una organización que provee atención médica (HCO)?	14
¿Qué debo hacer si me lesiono en el trabajo o si tengo un problema médico relacionado al trabajo?	14
¿Qué puedo hacer para evitar lesionarme en el trabajo?	14
Ejemplos de Beneficios de Compensación del Trabajador	16

¿Qué es la compensación del trabajador?

Si usted se lesiona en el trabajo, la ley le exige a su empleador que pague los beneficios de compensación del trabajador. Usted podría lesionarse de las siguientes maneras:

- **Un incidente en el trabajo.** Ejemplos: lastimarse la espalda al caerse, quemarse con un producto químico que le salpica la piel, lesionarse en un accidente automovilístico mientras hace entregas.
- o—
- **Exposiciones repetidas en el trabajo.** Ejemplos: lastimarse la mano, la espalda u otra parte del cuerpo por hacer siempre el mismo movimiento, perder la capacidad auditiva por la presencia de ruidos fuertes y constantes.



La compensación del trabajador cubre algunas, pero no todas, las lesiones relacionadas al estrés (psicológicas) causadas por su trabajo. Para informarse acerca de lo que está cubierto por la compensación del trabajador, use los recursos del Capítulo 9, “Para Conseguir Más Información y Ayuda”.

¿Cuáles son los beneficios?

Los beneficios pueden incluir:

Atención Médica. Pagada por su empleador, para ayudarlo a usted a recuperarse de una lesión o de una enfermedad causada por el trabajo.

Beneficios por Incapacidad Temporal. Pagos que usted recibe por los salarios perdidos si su lesión le impide hacer su trabajo habitual mientras se recupera.

Beneficios por Incapacidad Permanente. Pagos que usted recibe si no se recupera completamente.

Beneficios para Cuando Necesita Cambiar de Trabajo:

- **Beneficios Suplementarios por la Pérdida de Trabajo** (si usted se lesionó durante o después del año 2004). Un vale para ayudarlo a pagar servicios de reorientación profesional o para mejorar sus habilidades si usted no se recupera completamente, su empleador no le ofrece trabajo y usted no vuelve a trabajar para su empleador.
- **Rehabilitación Vocacional** (si usted se lesionó antes del año 2004). Asesoramiento para colocación laboral y posiblemente reorientación profesional, si usted no puede volver a su antiguo puesto de trabajo y su empleador no le ofrece otro puesto.

Beneficios por Muerte. Pagos que reciben su cónyuge, sus hijos u otros familiares a su cargo si usted pierde la vida a causa de una lesión o enfermedad laboral.

Para ver ejemplos de pagos de Compensación del Trabajador, vea la página 16.

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

Depende de si usted le notifica a su empleador *por escrito y antes de lesionarse* el nombre y la dirección de su médico particular. A esto se lo llama “hacer una designación previa” de su médico particular. Si usted hace la designación previa, puede ver a su médico particular inmediatamente después de lesionarse.

¿Cualquier empleado puede hacer una designación previa?

No. Usted solamente puede hacer una designación previa si su empleador ofrece un plan médico grupal o un seguro médico grupal para condiciones médicas que no están relacionadas al trabajo. Si su empleador no brinda este beneficio, usted no tiene derecho a hacer una designación previa.

Nota: Los derechos a hacer una designación previa y a ser tratado por un médico particular previamente designado finalizarán el 31 de diciembre de 2009, a menos que este plazo sea extendido por ley.

CÓMO HACER UNA DESIGNACIÓN PREVIA

Para hacer una designación previa de su médico particular (en caso de ser elegible para hacerlo), debe notificárselo a su empleador por escrito. Usted puede preparar su propia declaración escrita, utilizar el Formulario DWC Form 9783 de la División de Compensación del Trabajador (DWC) estatal, o utilizar el formulario que le proporcione su empleador. Para descargar de Internet el formulario DWC Form 9783, visite: www.dir.ca.gov/dwc (siga el enlace a: "Forms"). **Nota:** Si su empleador o la compañía de seguro tienen un contrato con una organización que provee atención médica (HCO), usted debe usar un formulario diferente, como se explica en la página siguiente.

Asegúrese de incluir la siguiente información:

1. El nombre de su empleador;
2. Una declaración diciendo que si usted se lesiona en el trabajo, usted designa a su médico particular para que le brinde atención médica. Debe proporcionar el nombre, la dirección y el número de teléfono;
3. Su nombre;
4. Su firma;
5. La fecha.

Usted puede hacer una designación previa de un doctor en medicina (M.D.) o de un doctor en osteopatía (D.O.) que lo haya atendido anteriormente y que tenga su expediente médico. El médico debe ser un doctor en medicina general, internista, pediatra, obstetra-ginecólogo o de práctica familiar que sea su médico de cabecera. Usted no puede hacer una designación previa de su quiropráctico o acupuntor particular, pero si usted le da a su empleador el nombre de su quiropráctico o acupuntor particular por escrito antes de lesionarse, puede cambiar y atenderse con su quiropráctico o acupuntor personal cuando así lo solicite, después de haber visto primero a un médico elegido por el administrador de reclamaciones (una persona que se encarga de las reclamaciones de compensación del trabajador para los empleadores).

El médico que usted designa con una designación previa debe aceptar de antemano a tratarlo por lesiones y enfermedades laborales. El acuerdo debe estar documentado, ya sea por el médico que firma el formulario de designación previa o mediante alguna otra forma de documentación. Incluya la documentación cuando le entregue a su empleador el formulario o la declaración de designación previa.

A partir del 1° de enero de 2007, usted podrá hacer una designación previa del grupo médico de su médico particular (si el grupo médico cumple con los requisitos que se especifiquen en la sección 4600 del nuevo Código Laboral). Para hacer una designación previa del grupo médico de su médico particular, solicítele a su médico el nombre exacto y colóquelo en su formulario o declaración de designación previa.

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

Sí. Una organización que provee atención médica o HCO (Health Care Organization) es una organización que cuenta con certificación de la División de la Compensación del Trabajador del estado para proveer atención médica administrada a los trabajadores lesionados. Si su empleador o la compañía de seguro tienen un contrato con una HCO, el empleador o la compañía de seguro deben darle el formulario DWC Form 1194 dentro de los 30 días a partir de su fecha de contratación y al menos una vez al año. Usted puede utilizar este formulario para hacer una designación previa de su médico particular, de su quiropráctico particular o de su acupuntor particular. No es necesario demostrar que su médico aceptó ser predesignado. Si usted no hace una designación previa cada vez que se le da este formulario, su empleador lo inscribirá en la HCO, donde deberá atenderse por las lesiones relacionadas al trabajo.

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

- **Infórmele a su empleador acerca de su lesión o enfermedad laboral.** Asegúrese de decírselo a su supervisor o a alguna otra persona de la gerencia lo antes posible. Si su lesión o enfermedad tuvo un desarrollo gradual (como la tendinitis o la pérdida de la audición), infórmelo tan pronto como se entere o cuando crea que fue causada por el trabajo. Informar en forma oportuna acerca de su lesión o enfermedad ayuda a prevenir problemas y retrasos para recibir los beneficios, incluyendo la atención médica. Si su empleador no se entera de su lesión dentro de los primeros 30 días, usted podría perder su derecho a recibir beneficios de compensación del trabajador.
- **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 usted tenga acceso a una atención de emergencia inmediata y puede indicarle a dónde dirigirse para ser atendido. Infórmele al personal médico que su lesión o enfermedad está relacionada al trabajo.

Para más información acerca de los pasos a seguir, vea el Capítulo 2.

¿Qué puedo hacer para evitar lesionarme en el trabajo?

Es mejor *prevenir* las lesiones *que curarlas*. A los empleadores de California se les exige que tengan 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 que no sean seguras. Infórmese y participe en el programa de su empleador. Infórmele a su empleador y a su sindicato (si tiene uno) acerca de cualquier condición que no sea segura. 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 ...?

- ◆ Los gastos de atención médica deben ser pagados por el empleador si usted se lesiona en el trabajo aunque no se haya ausentado del trabajo.
- ◆ Usted podría ser elegible para recibir beneficios aunque sea un empleado a tiempo parcial o temporal.
- ◆ Usted podría recibir beneficios de compensación del trabajador como empleado aunque sea considerado un “contratista independiente”.
- ◆ No es necesario que usted sea un residente legal de los Estados Unidos para poder recibir la mayoría de los beneficios de compensación del trabajador.
- ◆ Usted recibe beneficios sin importar de quién fue la culpa de su lesión laboral.
- ◆ Usted no puede hacerle juicio a su empleador por una lesión laboral (en la mayoría de los casos).
- ◆ Es ilegal que su empleador lo sancione o lo despida por haberse lesionado en el trabajo o por pedir beneficios de compensación del trabajador cuando usted considera que su lesión fue causada por su trabajo.

Ejemplos de Beneficios de Compensación del Trabajador

Beneficios por Incapacidad Total Temporal

Fecha de Lesión	Pagos Mínimos	Pagos Máximos
2004	\$126,00 por semana	\$728,00 por semana
2005	\$126,00 por semana	\$840,00 por semana
2006	\$126,00 por semana	\$840,00 por semana
2007	\$132,25 por semana	\$881,66 por semana

Ejemplos de Beneficios por Incapacidad Permanente

A continuación, se encuentran solamente algunos ejemplos. Se aplican a los trabajadores que se lesionaron en 2004, que ganaban más de \$300 por semana antes de lesionarse y cuyo empleador tiene menos de 50 empleados.

Incapacidad	Tasa de Clasificación de 1997	Tasa de Clasificación de 2005
Pérdida total de la vista en un ojo, con visión normal (20/20) en el otro ojo	\$23.100 (total)	\$17.100 (total)
Amputación del dedo índice en la articulación media	\$4.000 o \$4.800 (total), dependiendo de cuál dedo índice fue amputado	\$5.400 (total)

Beneficios Suplementarios por la Pérdida de Trabajo (lesión ocurrida durante o después del año 2004)

Incapacidad permanente clasificada como inferior al 15%	hasta \$4.000
Incapacidad permanente clasificada entre el 15% y el 25%	hasta \$6.000
Incapacidad permanente clasificada entre el 26% y el 49%	hasta \$8.000
Incapacidad permanente clasificada entre el 50% y el 99%	hasta \$10.000

Pensión para Rehabilitación Vocacional (lesión ocurrida en el año 2003)

Entre \$126 por semana (mínimo) y \$246 por semana (máximo)

Muerte: Ejemplos para cuando hay tres o más dependientes totales

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

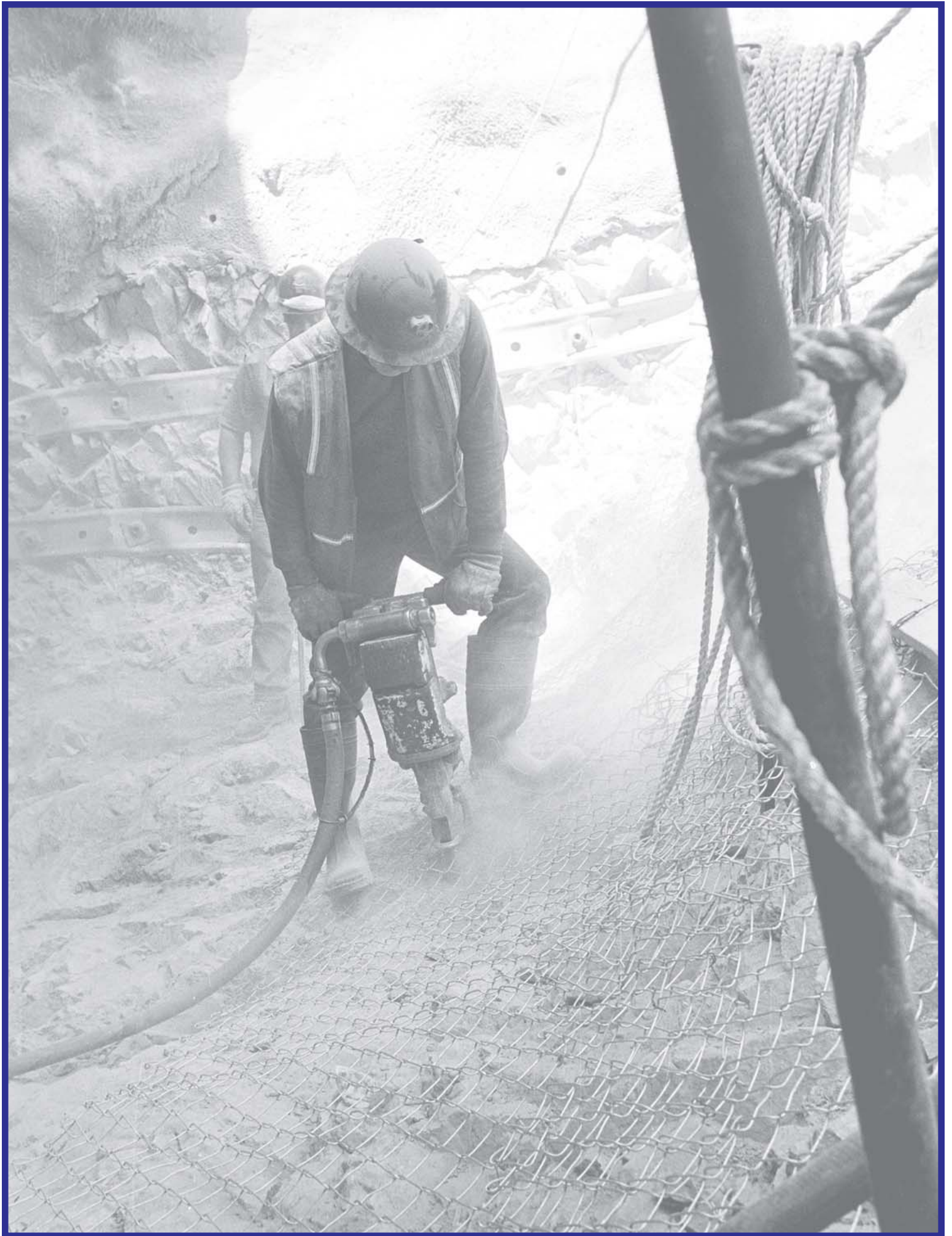
Gastos de entierro: hasta \$5.000

Beneficios por muerte si hay tres o más dependientes totales:

Lesión ocurrida en los años 2003, 2004 o 2005: \$160.000 (total)

Lesión ocurrida después del año 2006: \$320.000 (total)

(Más allá de los montos indicados arriba, los beneficios por muerte pagados a un niño totalmente dependiente continúan hasta que el niño cumple los 18 años. Si el niño tiene una incapacidad física o mental, los beneficios continúan de por vida).





Después de Sufrir una Lesión Laboral



Para obtener consejos acerca de “Cómo Hacer Un Seguimiento de Su Reclamación”, vea la página 23. Vea también el Capítulo 9, “Para Conseguir Más Información y Ayuda”.

¿Qué debo hacer después de informarle a mi empleador acerca de mi lesión o enfermedad?	19
¿Qué sucede después de presentar la reclamación?	20
Si no tengo novedades del administrador de reclamaciones, ¿mi reclamación está aceptada?	21
¿Quién decide qué tipo de trabajo puedo hacer mientras me estoy recuperando?	21
Tengo miedo de que me despidan por mi lesión. ¿Puede despedirme mi empleador?	22
Además de los beneficios de compensación del trabajador, ¿puedo recibir algún otro tipo de ayuda financiera?	22
Cómo Hacer Un Seguimiento de Su Reclamación	23

¿Qué debo hacer después de informarle a mi empleador acerca de mi lesión o enfermedad?

Después de informar acerca de su lesión y de recibir atención de emergencia si es necesario, (vea el Capítulo 1), siga los pasos que se describen a continuación.

■ Llene un formulario de reclamación y entrégueselo a su empleador

Su empleador tiene que darle o enviarle por correo un Formulario de Reclamación de Compensación del Trabajador (DWC 1) dentro del plazo de un día laborable a partir de cuando usted informa acerca de su lesión o enfermedad (o que su empleador se entera de ello). Use el formulario para solicitar los beneficios de compensación del trabajador. Si su empleador no le entrega un formulario para solicitar los beneficios, solicítele uno a un funcionario de la oficina de Información y Asistencia estatal (vea las páginas 82–84).

Lea toda la información que acompaña al formulario para solicitar los beneficios. Llene y firme la sección del formulario correspondiente al “empleado”. Haga una descripción completa de su lesión. Incluya todas las partes del cuerpo que fueron

afectadas por la lesión. Dele el formulario a su empleador. A esto se lo llama “presentar la reclamación”. Haga esto inmediatamente para evitar posibles problemas con su reclamación.

■ Reciba una buena atención médica

Usted debería ser atendido por un médico que comprenda específicamente su tipo de lesión o enfermedad. En el Capítulo 3, página 27–31 se explica cómo se elige a este médico, llamado “el médico que lo está atendiendo” o “el doctor que lo está atendiendo”. La función de este médico es la siguiente:

- Decidir qué tipo de atención médica prescribir para su lesión o enfermedad laboral.
- Ayudar a determinar cuándo usted puede volver al trabajo.
- Ayudar a identificar los tipos de trabajo que usted puede hacer sin riesgos mientras se recupera.
- Derivarlo a especialistas si es necesario.
- Redactar informes médicos que podrían afectar los beneficios que usted reciba.

Explíquelo al médico sus síntomas y las circunstancias laborales que usted cree que los causaron. También descríble su trabajo y su ambiente de trabajo.

¿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 del trabajador para su empleador. (La mayoría de los administradores de reclamaciones trabajan para compañías de seguro o para otras organizaciones que administran reclamaciones para empleadores. Algunos administradores de reclamaciones trabajan directamente para grandes empleadores que administran sus propias reclamaciones. A esta persona también se la puede llamar examinador de reclamaciones o ajustador de reclamaciones). Su empleador debe darle o enviarle por correo a usted una copia del formulario completo dentro del plazo de un día laborable a partir de cuando usted lo haya presentado. **Guarde esa copia.**

El administrador de reclamaciones debe decidir dentro de un tiempo razonable si aceptará o negará su reclamación.

“Aceptar” la reclamación significa que el administrador de reclamaciones está de acuerdo en que su lesión está cubierta por la compensación del trabajador. Si su reclamación es aceptada, usted recibirá atención médica pagada para su lesión. Usted también puede ser elegible para recibir pagos por los salarios perdidos. Para informarse acerca de estos pagos, vea el Capítulo 5, “Beneficios por Incapacidad Temporal”.

NOTA

En el formulario, aparece un mensaje que dice que es ilegal cometer fraude para:

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

El fraude es un delito grave. Esta ley se aplica a todos aquellos que se encuentran dentro del sistema de compensación del trabajador, incluyendo a los trabajadores lesionados, a los empleadores, a los administradores de reclamaciones, a los médicos y a los 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 gratuitamente al 1-800-927-4357 y pedir que le den el número telefónico de la oficina más cercana de la División de Fraude. También puede visitar el sitio web del DOI: www.insurance.ca.gov (siga el enlace a: Fraud/ Where to Report).

“Negar” su reclamación significa que el administrador de reclamaciones cree que su lesión no está cubierta por la compensación del trabajador. Si el administrador le envía una carta negando su reclamación, usted tiene derecho a disputar esa decisión. No se demore, ya que hay *fechas límite* 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 tomar una decisión dentro de un tiempo razonable. Si el administrador de reclamaciones no le envía una carta negando su reclamación dentro de los 90 días después de que usted presentó el formulario o le informó acerca de su lesión, en la mayoría de los casos, su reclamación se considera aceptada.

¿Quién decide qué tipo de trabajo puedo hacer mientras me estoy recuperando?

El médico que lo está atendiendo es responsable de explicar en un informe médico:

- Qué tipos de trabajo usted puede y no puede hacer mientras se recupera.
- Qué tipos de cambios necesita implementar en su horario de trabajo o en sus tareas laborales.

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

Si usted no está de acuerdo con el médico que lo está atendiendo, debe comunicárselo inmediatamente al administrador de reclamaciones por escrito, o usted podría perder

ciertos derechos importantes. Para ver los pasos que usted puede seguir si no está de acuerdo con un informe médico, vea el Capítulo 4, “Resolución de Problemas Acerca de la Atención y de los Informes Médicos”.

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

Es ilegal que su empleador lo sancione o lo despida por lesionarse o por presentar una reclamación de compensación del trabajador cuando usted considera que su lesión fue causada por su trabajo. También es ilegal que su empleador sancione o despidan a sus compañeros de trabajo por testificar en su caso. El Código Laboral de California (sección 132a) prohíbe este tipo de discriminación.

Además, la Ley de Permisos por Salud y Situaciones Familiares del gobierno federal o FMLA (Family and Medical Leave Act) dice que un empleador con 50 o más empleados generalmente debe permitirle tomarse licencia sin goce de sueldo de hasta 12 semanas sin perder su puesto si usted necesita licencia por una condición médica grave.

Si usted no se recupera totalmente de la lesión, la Ley federal de Americanos con Incapacidades o ADA (Americans With Disabilities Act) y la Ley de Equidad en el Empleo y la Vivienda o FEHA (Fair Employment and Housing Act) de California dicen que es ilegal que su empleador discrimine contra usted por una incapacidad grave.

Si usted piensa que puede perder su empleo, consiga ayuda. Use los recursos del Capítulo 9. Tenga en cuenta que hay *fechas límite* para actuar en defensa de sus derechos.

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

Puede haber otros tipos de ayuda disponible:

- Seguro Estatal por Incapacidad o SDI (State Disability Insurance) o, en raras ocasiones, beneficios de seguro por desempleo o UI (unemployment insurance) pagados por el gobierno estatal cuando los pagos de compensación del trabajador son demorados o negados.
- Beneficios por incapacidad del Seguro Social pagados por el gobierno de los EE.UU. por incapacidad total (estos beneficios pueden ser reducidos por los pagos de compensación del trabajador que usted reciba).
- Beneficios ofrecidos por empleadores y sindicatos, por ejemplo permiso por enfermedad, seguro médico grupal, seguro por incapacidad a largo plazo o LTD (long term disability) y planes de continuación de salario.
- Una demanda o juicio si su lesión fue causada por una persona distinta de su empleador.

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

CÓMO HACER UN SEGUIMIENTO DE SU RECLAMACIÓN

Muchos trabajadores lesionados reciben sus beneficios rápidamente, sin ningún tipo de problemas. Otros experimentan problemas y retrasos. Esta sección le provee consejos acerca de cómo hacerse cargo de su caso y asegurarse de que sus derechos estén protegidos.

Más allá de que tenga o no tenga problemas:

◆ **Archive copias de los documentos.**

Usted probablemente reciba y llene muchos formularios y otros papeles. Guarde copias de *todo*, ¡inclusive de los matasellados de los sobres que muestran las fechas de envío!

- Tome nota de todas las conversaciones que tenga con la gente que participe en su caso.
- Mantenga un registro de su condición médica y de cómo ésta afecta su capacidad para trabajar.
- Solicítele por escrito al administrador de reclamaciones que le dé copias de todos los informes médicos y de los otros documentos.
- Guarde los horarios de trabajo y los recibos de sueldo anteriores y posteriores a su lesión que muestren sus ingresos, las fechas que trabajó y las fechas que no trabajó.
- Mantenga un registro de todos los gastos de bolsillo que la compensación del trabajador podría cubrir (como los medicamentos recetados y los gastos por viajes a consultas médicas).

◆ **Infórmese acerca de la compensación del trabajador.** Las leyes y los procedimientos de la compensación del trabajador son complicados. Lo que se aplica al caso de otro trabajador lesionado tal vez no se aplique a su caso. Infórmese acerca de sus derechos y no tenga miedo de hacer preguntas. Use los recursos del Capítulo 9.

Si está preocupado por algo, dígalos. Trate que **el empleador o el administrador de reclamaciones** accedan a resolver el problema. Si esto no funciona, no se demore en conseguir ayuda. Trate de hacer lo siguiente:

◆ **Contacte a un funcionario de Información y Asistencia.** Los funcionarios de la oficina de Información y Asistencia (I&A) estatal responden preguntas y ayudan a los trabajadores lesionados. Le pueden proveer información y formularios y también pueden ayudarlo a resolver problemas. Algunos funcionarios de I&A dan clases para los trabajadores lesionados. Para más información, vea las páginas 82–84, o visite www.dir.ca.gov/dwc. 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 a un Abogado.** Los abogados que representan a los trabajadores lesionados en sus casos de compensación del trabajador se llaman abogados de solicitantes. El trabajo de estos abogados es proteger los derechos de su cliente (usted), planear la estrategia para su caso, conseguir información que respalde su demanda, mantener un registro de las fechas de entrega y representarlo en audiencias frente a un juez de compensación del trabajador. Para más información, vea las páginas 85–86. Usted puede conseguir una lista de los 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) (1-800-459-1400; sitio web: www.caaa.org).

◆ **Contacte a su sindicato.** Su sindicato puede ayudarlo a resolver problemas, informarle acerca de otros beneficios, negociar cambios necesarios en su trabajo, protegerlo contra la discriminación en el lugar de trabajo y ponerlo en contacto con servicios legales.

◆ **Sea su propio representante.** Si usted no puede conseguir ayuda de los recursos mencionados aquí, usted puede preparar su propio caso y pedir una audiencia ante un juez de compensación del trabajador. Para conseguir instrucciones de cómo hacerlo, contacte a un funcionario de Información y Asistencia (vea la página anterior).





Atención Médica



Para obtener consejos acerca de “Cómo Hacer Un Seguimiento de Su Reclamación”, vea la página 23. Vea también el Capítulo 9, “Para Conseguir Más Información y Ayuda”.

¿Quién cubre los gastos de mi atención médica?	25
¿Qué tipo de atención médica reciben los trabajadores lesionados?	25
¿Cuándo comienza mi atención médica?	27
¿Qué debo hacer si el administrador de reclamaciones no autoriza el tratamiento inmediatamente?	27
En el caso de atención médica que no es de emergencia, ¿quién puede atenderme inmediatamente después de lesionarme?	27
¿Puedo cambiar de médico para hacerme atender?	29
¿Cómo puedo evitar problemas en la obtención del tratamiento apropiado?	31

¿Quién cubre los gastos de mi atención médica?

Su empleador es el que cubre los gastos de atención médica por lesión o enfermedad relacionada al trabajo, ya sea a través de un seguro de compensación del trabajador o de un seguro propio. El administrador de reclamaciones paga las facturas médicas. Usted no debería recibir nunca una factura médica, siempre y cuando usted haya presentado un formulario de reclamación de beneficios y su médico sepa que se trata de una lesión relacionada al trabajo.

Es ilegal que un médico o un centro de atención médica le facture a un trabajador si saben que la lesión es o puede ser laboral. Esta ley se encuentra en el Código Laboral de California, en la sección 3751(b).

¿Qué tipo de atención médica reciben los trabajadores lesionados?

La ley de compensación del trabajador de California exige que los administradores de reclamaciones autoricen y paguen los gastos de la atención médica que sea “razonablemente requerida para curar o aliviar” los efectos de la lesión. De acuerdo con las leyes promulgadas en los años 2003 y 2004, esto significa atención médica que responda a pautas de tratamiento médico que cuenten con una base científica.

Pautas de tratamiento médico utilizadas en California

Las pautas de tratamiento médico actualmente utilizadas en California son 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).

Las pautas del ACOEM están diseñadas para ayudarles a los médicos a dar el tratamiento adecuado. Esto incluye asesorar y guiar al trabajador lesionado acerca de cómo mantenerse activo durante la recuperación e informarle al empleador acerca de los tipos de cambios laborales necesarios para favorecer la recuperación. Dichos cambios podrían implicar la asignación de tareas diferentes, reducción en las horas de trabajo u otras modificaciones que sean seguras y apropiadas para esa lesión en particular.

Si su médico recomienda un tratamiento que no se encuentra entre las pautas

Algunos trabajadores lesionados tienen una condición médica que requiere un tratamiento no incluido en las pautas del ACOEM. Si su médico le recomienda seguir un tratamiento que no figura entre las pautas del ACOEM, el administrador de reclamaciones pagará por el tratamiento si el tratamiento sigue otras pautas con base científica generalmente reconocidas por la comunidad médica nacional. (Algunas pautas de tratamiento, por ejemplo, se encuentran 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 del trabajador con un acuerdo de que usted continuará recibiendo atención médica por su lesión, las pautas y las reglas de tratamiento médico anteriormente descritas aún se aplican a su caso. Las pautas y las reglas se aplican a *todos* los tratamientos, incluso en los casos que se resolvieron antes de que las pautas de tratamiento médico fueran agregadas a la ley de compensación del trabajador.

Límites en las visitas al quiropráctico y de terapia física y ocupacional

Si su lesión ocurrió durante o después del año 2004, usted tiene un total máximo de 24 visitas al quiropráctico, 24 visitas al físico terapeuta y 24 visitas de terapia ocupacional, a menos que el administrador de reclamaciones autorice por escrito visitas adicionales. Además, sin importar la fecha de la lesión, usted podría estar sujeto a otros límites en este tipo de visitas sobre la base de las pautas de tratamiento médico descritas anteriormente.

¿Cuándo comienza mi atención médica?

Ante un caso de emergencia, su empleador debe asegurarse de que usted reciba tratamiento de emergencia inmediatamente. Para el caso de atención que no es de emergencia, el administrador de reclamaciones debe autorizar el tratamiento dentro del plazo de un día laborable después de que usted presenta la reclamación. Mientras se investiga su reclamación, se le debe autorizar el tratamiento necesario hasta por un valor de \$10.000.

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

Hable con su supervisor, con alguna otra persona de la gerencia o con el administrador de reclamaciones acerca de que la ley exige la atención médica inmediata. Esta ley se encuentra en la sección 5401(c) del Código Laboral de California. Pida que se le autorice la atención médica de inmediato, mientras espera la decisión acerca de su reclamación.

Si el administrador de reclamaciones no le autoriza la atención médica, use su propio seguro médico para que lo atiendan. Su seguro médico luego le pedirá un reembolso al administrador de reclamaciones.

Si usted no tiene seguro médico, trate de encontrar un médico, una clínica o un hospital que lo atienda sin recibir el pago inmediatamente. Ellos luego le pedirán un reembolso al administrador de reclamaciones.

Para disputar la decisión del administrador de reclamaciones de no autorizarle la atención médica, o para solicitar multas o presentar una queja, vea el Capítulo 4, páginas 38–39.

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

Esto depende de si su empleador o la compañía de seguro han creado una red de proveedores médicos o de si tienen un contrato con una organización que provee atención médica para atender a los trabajadores lesionados y de si usted hizo una designación previa de su médico particular.

Si usted hizo una designación previa de su médico particular

Los trabajadores que cuentan con seguro médico provisto por el empleador pueden hacer una designación previa de su médico particular antes de sufrir una lesión. Para obtener información acerca de cómo hacer una designación previa, vea el Capítulo 1. Si usted hizo una designación previa, podrá ver a su médico particular inmediatamente después de sufrir la lesión.

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

Una red de proveedores médicos es una lista de médicos o de otros proveedores de atención médica seleccionados por el empleador o por la compañía de seguro para atender a los trabajadores lesionados. Las MPN deben contar con la aprobación de la División de la Compensación del Trabajador (DWC) estatal. Un empleador o una compañía de seguro que crea una MPN debe darle información por escrito acerca de la MPN a cada empleado ya sea con 30 días de anticipación a la implementación de la MPN, cuando el empleado es contratado o cuando el empleado es transferido a la MPN. Esta información debe ser proporcionada nuevamente cuando el trabajador se lesiona en el trabajo.

Si su empleador o la compañía de seguro han creado una red de proveedores médicos o MPN, en la mayoría de los casos usted será atendido primero en la MPN luego de lesionarse, a menos que haya hecho una designación previa.

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

Una HCO es una organización certificada por la División de la Compensación del Trabajador que tiene un contrato con un empleador o con una compañía de seguro para proveer atención médica administrada para los trabajadores lesionados. La mayoría de los empleadores y de las compañías de seguro *no* tienen contratos con las HCO. Un empleador o una compañía de seguro que tiene un contrato con una HCO debe darles a los empleados un formulario preparado por la División de la Compensación del Trabajador estatal, el formulario DWC Form 1194, para permitirles elegir si desean inscribirse en la HCO. Los empleados nuevos deben recibir este formulario dentro de los 30 días a partir de la fecha de contratación y los empleados actuales al menos una vez al año. Este formulario se encuentra en el Código de Reglamentos de California, título 8, sección 9779.4, y puede descargarse de Internet. (Para instrucciones acerca de cómo acceder a los reglamentos, vea el Apéndice A).

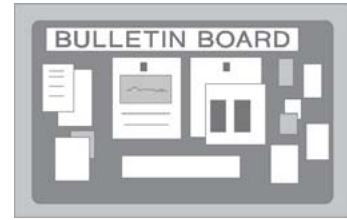
Si su empleador o compañía de seguro tienen un contrato con una HCO, en la mayoría de los casos usted primero recibirá atención en la HCO luego de lesionarse, a menos que haya hecho una designación previa.

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

Si su empleador o compañía de seguro *no* han creado una MPN y *no* tienen un contrato con una HCO, en la mayoría de los casos el administrador de reclamaciones puede elegir qué médico lo atenderá primero después de lesionarse, a menos que usted haya hecho una designación previa.

¿SABÍA USTED QUE . . . ?

- ◆ Su empleador tiene la obligación de enviarle información acerca de sus derechos de compensación del trabajador, incluyendo el derecho a hacer una designación previa de su médico particular en caso de que se lesione en el trabajo.
- ◆ Si su empleador o la compañía de seguro crearon una red de proveedores médicos, el empleador o la compañía de seguro tienen la obligación de darles a todos los empleados información por escrito acerca de los derechos, los procedimientos y los servicios para poder ser atendidos en la red.
- ◆ Usted tiene derecho a solicitar y recibir copias de todos los informes médicos que afecten sus beneficios.
- ◆ Usted tiene derecho a que haya otra persona presente durante un examen médico o a grabar el examen médico en una cinta. **Nota:** Usted debe decirle a su médico si planea grabar el examen médico en una cinta.



Otras situaciones en las que usted puede elegir con quién atenderse inmediatamente después de lesionarse

A veces, un trabajador lesionado tiene derecho a elegir al médico que lo va a atender incluso sin haber hecho una designación previa:

- Si su empleador no le envió la información requerida acerca de los derechos de compensación del trabajador, incluyendo el derecho a hacer una designación previa de su médico particular, usted puede ver a su médico particular inmediatamente después de lesionarse.
- Si su empleador o la compañía de seguro lo envían a recibir un tratamiento que es 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 particular.

Si usted cree que alguna de estas situaciones se aplica a su caso y desea ser atendido por su médico particular o por otro médico de su elección, consiga ayuda de inmediato para evitar cualquier disputa posible acerca de quién puede elegir al médico. Use los recursos del Capítulo 9.

¿Puedo cambiar de médico para hacerme atender?

Sí. Sin embargo, sus opciones dependen de si está siendo atendido en una red de proveedores médicos (MPN) o en una organización que provee atención médica (HCO) y de si usted hizo una designación previa de su médico particular.

Opciones si está siendo atendido en una MPN

Si usted está siendo atendido 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 cambiar siempre que hacerlo sea razonable. Su empleador o la compañía de seguro deben proporcionarle información por escrito acerca de cómo hacer esto. En la mayoría de los casos, no le permiten cambiarse a un médico fuera de la MPN.

Opciones si está siendo atendido en una HCO

Si usted está siendo atendido en una organización que provee atención médica (HCO), se le permite cambiar de médico por lo menos una vez para hacerse atender con un médico que usted elija dentro de la HCO. La HCO debe proporcionarle una selección de médicos dentro del plazo de 5 días a partir de cuando usted solicita el cambio. Además, si usted le dio a su empleador el nombre de su quiropráctico o acupuntor particular por escrito antes de lesionarse, puede atenderse con su quiropráctico o acupuntor particular cuando así lo solicite, después de haber sido atendido por un médico elegido por el administrador de reclamaciones.

Si usted tiene cobertura a través de un seguro médico proporcionado por su empleador, entonces se le permite cambiar y hacerse atender con un médico fuera de la HCO 180 días después de haberle informado al empleador acerca de su lesión o enfermedad. Si usted *no* tiene cobertura de un seguro médico proporcionado por su empleador, entonces se le permite cambiar y hacerse atender con un médico fuera de la HCO 90 días después de haberle informado al empleador acerca de la lesión o enfermedad.

Cuando usted se cambia a un médico fuera de la HCO, el nuevo médico puede ser un doctor en medicina, en osteopatía, un psicólogo, acupuntor, optometrista, dentista, pedicuro o quiropráctico. 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 por su atención médica. Puede volver a cambiar de médico siempre que hacerlo sea razonable.

Opciones si usted no está siendo atendido en una MPN ni en una HCO y usted no hizo una designación previa

Si usted *no* está siendo atendido en una MPN ni en una HCO, y usted *no* hizo una designación previa de su médico particular, tiene derecho a hacerse atender con un nuevo médico una vez durante los primeros 30 días a partir de informarle a su empleador acerca de su lesión o enfermedad. Sin embargo, el administrador de reclamaciones es quien generalmente elige al nuevo médico. Pero si usted le dio a su empleador el nombre de su quiropráctico o acupuntor particular por escrito antes de lesionarse, puede hacerse atender por su quiropráctico o acupuntor particular cuando así lo solicite, después de haber sido atendido primero por un médico elegido por el administrador de reclamaciones.

Después de 30 días, a usted se le permite cambiarse a un médico que usted elija si usted todavía necesita atención médica y su empleador o el administrador de reclamaciones todavía no han creado una red de proveedores médicos. El nuevo médico puede ser un doctor en medicina, en osteopatía, psicólogo, acupuntor, optometrista, dentista, pedicuro o quiropráctico. Usted o el nuevo médico deben darle al administrador de reclamaciones el nombre y la dirección del mismo. Esto le

permite al administrador de reclamaciones obtener informes médicos y pagar por su atención médica. Puede volver a cambiar de médico siempre que hacerlo sea razonable.

Opciones si está siendo atendido con un médico particular previamente designado

Si hay una MPN:

Si usted está siendo atendido por un médico que designó previamente y su empleador o la compañía de seguro han creado una red de proveedores médicos (MPN), usted se puede cambiar a un nuevo médico dentro de la MPN, y puede volver a cambiar de médico dentro de la MPN siempre que hacerlo sea razonable. Su empleador o la compañía de seguro deben darle información por escrito acerca de cómo elegir a un médico dentro de la MPN. Sin embargo, el médico particular que usted designó previamente podría derivarlo a otro médico fuera de la MPN para hacer una consulta o para recibir un tratamiento especializado.

Si hay una HCO:

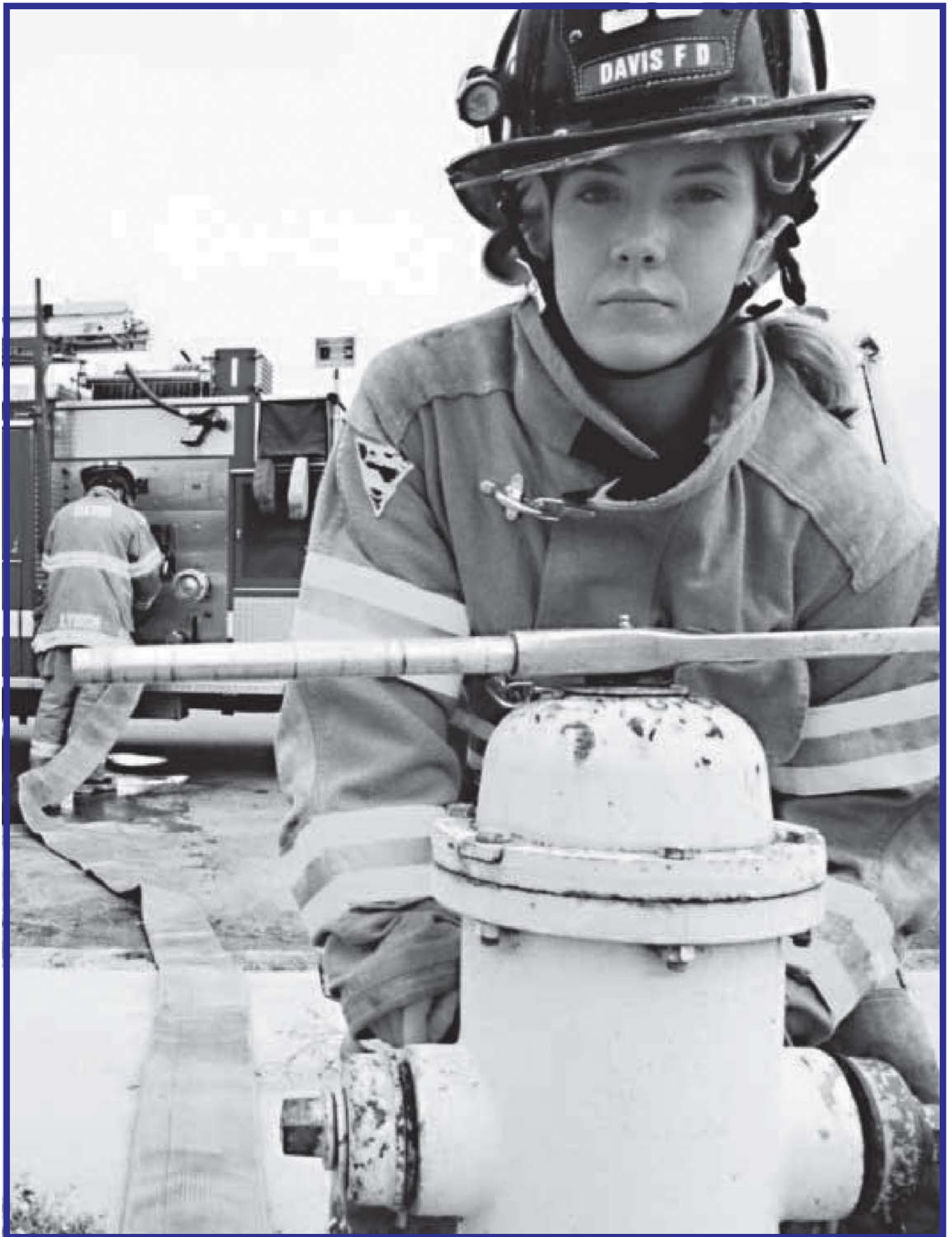
Si usted está siendo atendido por un médico que designó previamente y su empleador o la compañía de seguro tienen un contrato con una HCO, usted puede cambiar y hacerse atender con un nuevo médico dentro de la HCO. Además, si usted le dio a su empleador el nombre de su quiropráctico o acupuntor particular por escrito antes de lesionarse, puede hacerse atender con su quiropráctico o acupuntor cuando así lo solicite. Usted puede volver a cambiar de médico dentro de la HCO y posteriormente hacerse atender por un médico fuera de la HCO tal como se describió anteriormente en “Opciones si está siendo atendido en una HCO”.

Si no hay ni una MPN ni una HCO:

Si usted está siendo atendido por un médico previamente designado y su empleador o la compañía de seguro *no* han creado una MPN y *no* tienen un contrato con una HCO, usted puede cambiar de médicos como se describió anteriormente en “Opciones si usted *no* está siendo atendido en una MPN ni en una HCO y usted *no* hizo una designación previa”.

¿Cómo puedo evitar problemas en la obtención del tratamiento apropiado?

Asegúrese de comprender el plan de tratamiento de su médico y solicítele copias de todos los informes médicos relativos a su lesión. Estos informes, que su médico tiene la obligación de enviarle al administrador de reclamaciones, describen la naturaleza de su lesión, las causas, el tratamiento necesario y los tipos de tareas que usted puede realizar durante su recuperación. El médico y el administrador de reclamaciones deben darle copias si usted las solicita (a excepción de algunos casos en los que la solicitud es por expedientes de salud mental). Si tiene preguntas acerca de un informe en particular, hablelo con el médico.





Resolución de Problemas Acerca de la Atención y de los Informes Médicos



Para obtener consejos acerca de “Cómo Hacer Un Seguimiento de Su Reclamación”, vea la página 23. Vea también el Capítulo 9, “Para Conseguir Más Información y Ayuda”.

No estoy de acuerdo con un informe médico redactado por el médico que me está atendiendo. ¿Qué puedo hacer?	33
¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con el médico que me está atendiendo acerca del tratamiento necesario?	34
Cómo Obtener una Evaluación Médica	36
Estoy de acuerdo con el médico que me está atendiendo acerca del tratamiento necesario. ¿Cuánto tiempo se puede tomar el administrador de reclamaciones para decidir si debe autorizar el tratamiento?	37
¿Es posible que me nieguen el tratamiento recomendado por el médico que me está atendiendo?	38
No estoy de acuerdo con una decisión de negar el tratamiento. ¿Qué puedo hacer?	38
¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con el médico que me está atendiendo acerca de otros asuntos no relacionados con el tratamiento?	39
Si el administrador de reclamaciones no está de acuerdo con el médico que me está atendiendo acerca de otros asuntos no relacionados con el tratamiento, ¿qué puede hacer el administrador de reclamaciones?	40

No estoy de acuerdo con un informe médico redactado por el médico que me está atendiendo. ¿Qué puedo hacer?

Si usted tiene preguntas acerca de un informe en particular, pregúntele a su médico. A veces, otros médicos tienen diferentes opiniones acerca de la causa de una lesión, del tratamiento que necesita, del tipo de trabajo que puede hacer mientras se recupera o de otros asuntos. Usted tiene derecho a disputar un informe médico.

¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con el médico que me está atendiendo acerca del tratamiento necesario?

Si usted no está de acuerdo con el médico que lo está atendiendo acerca del tratamiento necesario, usted tiene derecho a buscar la opinión de otro médico. Los pasos a seguir para obtener otra opinión dependen de si usted está siendo atendido dentro de una red de proveedores médicos (MPN), en una organización que provee atención médica (HCO), o en ninguna de estas dos.

Nota: Usted debe seguir los pasos indicados más adelante sólo para disputar una opinión acerca de los tipos de análisis o de tratamientos médicos que necesita. Si usted desea disputar otro tipo de opinión en un informe médico, como una opinión acerca de las causas de su lesión o de los tipos de tareas que usted puede realizar, vea las páginas 39–40 y 36.

Pasos a seguir si usted está siendo atendido en una MPN

Si usted está siendo atendido dentro de una MPN y desea disputar el tratamiento prescrito por el médico que lo está atendiendo, primero considere cambiar de médico dentro de la MPN. Su empleador o la compañía de seguro tienen la obligación de darle información por escrito acerca de cómo cambiar de médico dentro de la MPN. Vea si puede ponerse de acuerdo con el nuevo médico.

Si no se pone de acuerdo con el nuevo médico, usted puede obtener las opiniones de hasta dos médicos más dentro de la MPN. Las mismas son llamadas segunda y tercera opinión. Su empleador o la compañía de seguro deben darle información por escrito acerca de cómo hacer esto. Usted debe hacer citas para ver a estos médicos dentro de los 60 días a partir de cuando el administrador de reclamaciones le entregue una lista de los médicos disponibles. Si usted no hace las citas dentro de los 60 días, corre el riesgo de perder el derecho a obtener la opinión de otros médicos.

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

Pasos a seguir si usted está siendo atendido en una HCO

Si usted está siendo atendido dentro de una HCO y desea disputar el tratamiento prescrito por el médico que lo está atendiendo, 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 cuando usted solicita el cambio. Vea si puede ponerse de acuerdo con el nuevo médico.

Si no se pone de acuerdo con el nuevo médico, usted puede obtener una opinión de otro médico dentro de la HCO. En caso de no estar de acuerdo con este médico, puede solicitarle a la HCO que resuelva la disputa. La HCO debe recurrir a un “procedimiento de queja expeditiva” para emitir una decisión por escrito dentro de los 30 días, o antes si su condición médica requiere de una decisión más rápida.

Pasos a seguir si no está siendo atendido ni en una MPN ni en una HCO

Si usted *no* está siendo atendido ni en una MPN ni en una HCO y desea disputar el tratamiento prescrito por el médico que lo está atendiendo, primero considere cambiar de médico (vea las páginas 29–31).

Si usted no puede cambiar de médico o no llega a un acuerdo con el nuevo médico, puede seguir los pasos que se describen a continuación.

1. Envíele una carta al administrador de reclamaciones informándole que usted no está de acuerdo con el informe médico.

- Si usted *no* tiene un abogado, debe enviar la carta dentro de los 30 días de haber recibido el informe.
- Si usted tiene un abogado, su abogado debe enviar la carta dentro de los 20 días de haber recibido el informe.

Si la carta no es enviada antes de la fecha límite aplicable, podría perder el derecho a disputar la opinión del médico que lo está atendiendo.

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

Para recibir instrucciones acerca de cómo hacer esto, vea la página siguiente.

CÓMO OBTENER UNA EVALUACIÓN MÉDICA

Si usted no tiene un abogado:

- Después de recibir su carta indicando que usted está en desacuerdo con un informe médico o con una decisión de negarle un tratamiento, el administrador de reclamaciones debe enviarle instrucciones acerca de cómo contactar a la División de la Compensación del Trabajador o DWC (Division of Workers' Compensation) del estado para elegir a un evaluador médico calificado o QME (qualified medical evaluator). Los QME son médicos que están autorizados por la DWC para hacer evaluaciones médicas para casos de compensación del trabajador.
- Dentro de los 10 días después de que el administrador de reclamaciones le envíe las instrucciones, usted debe elegir la especialización médica del QME y contactar a la DWC para que le den un panel (una lista) de tres QME. Dentro de los 10 días después de que la DWC le envíe el panel, usted debe elegir a un QME del panel, hacer una cita para que el QME le haga un examen médico y comunicarle al empleador su elección y cuándo va a ser la cita. Si no cumple con estas fechas límite, el administrador de reclamaciones elegirá al médico que lo va a atender.

Si usted tiene un abogado:

- Su abogado y el administrador de reclamaciones pueden ponerse de acuerdo para elegir a un médico, llamado evaluador médico acordado o AME (agreed medical evaluator). No es necesario que los AME estén autorizados por la DWC.
- Si usted se lesionó durante o después del año 2005 y no se llega a un acuerdo, su abogado o el administrador de reclamaciones pueden contactar a la DWC para solicitar un panel (lista) de tres QME. Su abogado y el administrador de reclamaciones pueden ponerse de acuerdo y elegir a alguien del panel. Si todavía no se llega a un acuerdo, su abogado y el administrador de reclamaciones pueden tachar un nombre del panel cada uno y el QME restante llevará a cabo la evaluación.
- Si usted se lesionó antes del año 2005 y no se llega a un acuerdo para elegir a un médico, su abogado elegirá a un QME.

¡Importante! El evaluador médico calificado o el evaluador médico acordado lo examinará y escribirá 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 acerca de las evaluaciones médicas, llame a la Unidad Médica de la DWC al 1-800-794-6900. Pídale la guía denominada *Su Evaluación Médica* (“Your Medical Evaluation”). Vea también el sitio web de la Unidad Médica en: www.dir.ca.gov/imc.

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

Esto depende de si su condición médica se considera de urgencia. Los administradores de reclamaciones deben decidir si autorizar y pagar el tratamiento dentro de un marco de tiempo que forma parte del proceso de revisión de la utilización o UR (utilization review) descrito a continuación. (Si el médico que lo está atendiendo recomienda cirugía de la columna vertebral, el administrador de reclamaciones también puede obtener una segunda opinión, como se describe más adelante).

Decisiones basadas en la revisión de la utilización (UR)

En el proceso de revisión de la utilización, el administrador de reclamaciones puede aprobar el tratamiento. Sin embargo, no puede modificar ni negar un tratamiento. Sólo un médico que esté 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 está atendiendo.

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

Segunda opinión de cirugía de la columna vertebral

Si el médico que lo está atendiendo recomienda cirugía de la columna vertebral, el administrador de reclamaciones también puede tener derecho a obtener una segunda opinión de un cirujano ortopédico o de un neurocirujano. Si a usted lo representa un abogado, el administrador de reclamaciones primero tiene que tratar de ponerse de acuerdo con su abogado acerca del médico que le dará la segunda opinión. Si no se llega a un acuerdo o si a usted no lo representa un abogado, el administrador de reclamaciones puede pedirle a la DWC que seleccione a un médico al azar para que dé la segunda opinión.

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

A veces, el tratamiento se demora porque el administrador de reclamaciones no ha recibido del médico que lo está atendiendo toda la información que necesita. Otras veces, el administrador de reclamaciones no le envía toda la información al inspector médico. Para evitar demoras:

- Insista en que el médico que lo está atendiendo responda rápidamente a las preguntas y requisitos del administrador de reclamaciones acerca de su condición médica y de por qué usted necesita el tratamiento recomendado. También pídale al médico que identifique, si es posible, todas las pautas de tratamiento médico que tienen una base científica que avalen el tratamiento recomendado. Si el tratamiento no sigue las pautas del ACOEM u otras pautas con base científica, el médico que lo está atendiendo debe demostrar por qué el tratamiento es necesario.
- Insista en que el administrador de reclamaciones le envíe rápidamente toda la información al inspector médico.

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

Sí. Un inspector médico puede negar un tratamiento si no hay un fundamento científico para el tratamiento. El administrador de reclamaciones debe explicar claramente cuáles son los motivos por los que el inspector médico niega el tratamiento.

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

Para disputar una decisión de negar el tratamiento recomendado por el médico que lo está atendiendo, usted puede seguir los pasos que se detallan a continuación. **Nota:** Usted debe seguir unos pasos especiales si la decisión consistió en negar una cirugía de columna vertebral.

Pasos a seguir para disputar la mayoría de las decisiones de negar un tratamiento

1. Envíele una carta al administrador de reclamaciones informándole que usted no está de acuerdo con la decisión. Usted debe hacer esto dentro de los 20 días después de recibir la decisión del administrador de reclamaciones, sin importar que usted tenga o no un abogado. Si usted no envía la carta dentro del plazo de 20 días, podría perder el derecho a disputar la decisión.
2. Consiga una opinión o evaluación de otro médico. Para obtener instrucciones de cómo hacer esto, vea la página 36.
3. Solicite una audiencia expeditiva ante un juez de compensación del trabajador. Para recibir ayuda para solicitar una audiencia, use los recursos descritos en el Capítulo 9.

Pasos a seguir para disputar la negación de una cirugía de columna vertebral

Si usted no está de acuerdo con la decisión de negar una cirugía de la columna vertebral recomendada por el médico que lo está atendiendo, usted debe informarle a la DWC que no está de acuerdo dentro de los 10 días de haber recibido la decisión y solicitar una segunda opinión. Si usted no hace esto dentro del plazo de 10 días, podría perder su derecho a disputar la decisión. (Estos requisitos se basan en una interpretación legal reciente y podrían cambiar). Para informarle a la DWC, contacte a un funcionario de la oficina de Información y Asistencia (I&A) estatal o a un abogado (vea el Capítulo 9).

Multas por tratamiento demorado o negado

Si el administrador de reclamaciones demora o niega un tratamiento sin una excusa razonable, usted podría recibir el pago de una multa de hasta el 25% del valor de cada servicio que le fue demorado o negado, hasta un total de \$10.000. Para obtener ayuda para solicitar el pagos de multas, contacte a 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 un tratamiento demorado o negado

La Unidad de Auditoría de la División de la Compensación del Trabajador (DWC) del estado investiga las quejas y establece multas si el administrador de reclamaciones no cumple con las fechas límite de revisión de la utilización al decidir si autoriza y paga 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 una queja ante la Unidad de Auditoría, contacte a un funcionario de I&A (vea el Capítulo 9).

¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con el médico que me está atendiendo acerca de otros asuntos no relacionados con el tratamiento?

Si usted desea disputar las opiniones de un informe médico que no sean acerca del tratamiento, primero considere cambiar de médico. Si no puede cambiar de médico o no llega a un acuerdo con el nuevo médico, puede seguir los pasos detallados a continuación.

1. Envíele una carta al administrador de reclamaciones informándole que usted no está de acuerdo con el informe médico.

- Si usted *no* tiene un abogado, en algunos casos usted tiene que enviar la carta dentro de los 30 días de haber recibido el informe.
- Si usted tiene un abogado, en algunos casos su abogado tiene que enviar la carta dentro de los 20 días de haber recibido el informe.

Si la carta no es enviada antes de la fecha límite aplicable, usted podría perder el derecho a disputar la opinión del médico que lo está atendiendo.

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

Para obtener instrucciones acerca de cómo hacer esto, vea la página 36.

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

El administrador de reclamaciones puede exigirle ser examinado por un evaluador médico calificado (QME) o un evaluador médico acordado (AME). El QME o el AME sería elegido de la siguiente manera:

- **Si usted *no* tiene un abogado:**

El administrador de reclamaciones puede exigirle que lo examine un QME. El administrador de reclamaciones debe enviarle instrucciones acerca de cómo contactar a la DWC y debe permitirle a *usted* elegir al QME. Después de que el administrador de reclamaciones le envíe estas instrucciones, asegúrese de seguir los pasos y cumplir con las fechas de entrega descritas en la página 36.

- **Si usted tiene un abogado:**

Su abogado y el administrador de reclamaciones pueden ponerse de acuerdo para elegir a un AME que lo examine. Si no se llega a un acuerdo, el administrador de reclamaciones elegirá a un QME.





Beneficios por Incapacidad Temporal



Para obtener consejos acerca de “Cómo Hacer Un Seguimiento de Su Reclamación”, vea la página 23. Vea también el Capítulo 9, “Para Conseguir Más Información y Ayuda”.

¿Qué son los beneficios por incapacidad temporal o TD (temporary disability)?	43
¿Cuáles son los diferentes tipos de beneficios por incapacidad temporal o TD (temporary disability)?	44
¿Cuánto se recibe en pagos por incapacidad temporal o TD (temporary disability)?	44
¿Que pagos recibiré por incapacidad total temporal o TTD (temporary total disability)?	45
¿Que pagos recibiré por incapacidad parcial temporal o TPD (temporary partial disability)?	46
¿Cuándo comienzan los pagos por incapacidad temporal o TD (temporary disability)?	46
¿Qué sucede si no recibo mis pagos a tiempo?	47
¿Se le exige al administrador de reclamaciones que pague multas por demoras en los pagos por incapacidad temporal?	47
¿Cuándo finalizan los pagos por incapacidad temporal o TD (temporary disability)?	48
Algunos Ejemplos de Beneficios por Incapacidad Total Temporal o TTD (Temporary Total Disability)	49

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

Si su lesión le impide hacer su trabajo habitual mientras se recupera, usted puede ser elegible para recibir beneficios por incapacidad temporal o TD (temporary disability). Los beneficios por incapacidad temporal son pagos que usted recibe si pierde salarios porque:

- El médico que lo está atendiendo dice que usted no puede hacer 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 (temporary disability)?

Hay dos tipos de beneficios por incapacidad temporal:

- Si usted no puede trabajar *en absoluto* mientras se recupera, recibe pagos por incapacidad *total* temporal o TTD (temporary *total* disability).
- Si usted puede hacer *algo* de trabajo mientras se recupera y su empleador le ofrece ese tipo de trabajo, usted recibe pagos por incapacidad *parcial* temporal o TPD (temporary *partial* disability).

¿Cuánto se recibe en pagos por incapacidad temporal o TD (temporary disability)?

Como regla general, los beneficios por incapacidad temporal son dos tercios del salario bruto (antes de la deducción de impuestos) que usted pierde mientras se recupera de una lesión laboral. Sin embargo, usted no puede recibir más del monto semanal máximo ni menos del monto semanal mínimo, conforme a lo establecido por ley.

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

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

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

Otros Beneficios Además de los Beneficios por Incapacidad Temporal

- ◆ Si usted se lesiona en el trabajo, su empleador tiene que pagar por su atención médica para ayudarlo a recuperarse. Vea el Capítulo 2, “Después de Sufrir una Lesión Laboral”.
- ◆ Usted puede ser elegible para recibir otros tipos de asistencia financiera (como el Seguro Estatal por Incapacidad), si los pagos por incapacidad temporal son demorados o negados. Para informarse acerca de estos beneficios, vea el Capítulo 9.
- ◆ Los beneficios por incapacidad temporal son pagados solamente mientras usted se está recuperando. Algunos trabajadores lesionados reciben otros tipos de beneficios más adelante. Para informarse acerca de estos beneficios adicionales, vea los Capítulos 6, 7 y 8.

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

Los pagos por incapacidad total temporal o TTD (temporary total disability) son generalmente dos tercios del salario que usted estaba recibiendo antes de lesionarse.

Ejemplo: Si el salario bruto que usted estaría recibiendo si no se hubiera lesionado es de \$300 por semana, sus pagos por TTD serán de \$200 por semana.

Límites Máximos para Pagos por TTD

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

El máximo depende de la fecha en la que se lesionó. Éstos son algunos ejemplos:

- Si usted se lesionó en el año 2004 y su salario bruto antes de lesionarse era superior a \$1.092 por semana, sus pagos por TTD serán de un máximo de \$728 por semana.
- Si usted se lesionó en el año 2005 ó 2006 y su salario bruto antes de lesionarse era superior a \$1.260 por semana, sus pagos por TTD serán de un máximo de \$840 por semana.
- Para las lesiones que ocurran en el año 2007, el límite máximo para pagos por TTD es el salario semanal promedio del estado o SAWW (state average weekly wage) del año 2006, es decir \$881,66 por semana.
- Para las lesiones que ocurran después del año 2007, el límite máximo para pagos por TTD aumenta cada año para reflejar los aumentos del salario semanal promedio del estado.

Para más ejemplos, vea la página 49.

Pagos Mínimos por TTD para Trabajadores de Bajos Ingresos

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

El mínimo depende de la fecha en la que se lesionó. Éstos son algunos ejemplos:

- Si usted se lesionó entre los años 2004 y 2006 y su salario bruto antes de lesionarse era inferior a \$189 por semana, sus pagos por TTD serán de un mínimo de \$126 por semana.
- Para las lesiones ocurridas después del año 2006, el límite mínimo para pagos por TTD aumenta cada año para reflejar los aumentos del salario semanal promedio del estado o SAWW (state average weekly wage). Por ejemplo, si la fecha de su lesión es en el año 2007, el pago por TTD será de un mínimo de \$132,25.

Para otro ejemplo, vea la página 49.

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

Su empleador puede ofrecerle un trabajo diferente que usted pueda hacer sin riesgos mientras se recupera o puede darle un horario de trabajo reducido. (Vea el Capítulo 6, “Trabajando para su Empleador Después de Lesionarse”). Si usted gana menos de lo que ganaba antes de lesionarse, podría ser elegible para recibir pagos por incapacidad parcial temporal o TPD (temporary partial disability). Estos pagos son generalmente dos tercios de su salario perdido.

Ejemplo: Si el salario bruto que usted recibía antes de lesionarse era de \$300 por semana y ahora usted está trabajando 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).

Al igual que para los beneficios por TTD, la ley también establece montos máximos y mínimos para los pagos por TPD.

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

Si su lesión está cubierta por la compensación del trabajador, debe recibir su primer pago por incapacidad temporal (TD) dentro de los 14 días después de que su empleador se entera de que:

- Usted tiene una lesión o enfermedad laboral
— y —
- El médico que lo está atendiendo dice que su lesión le impide hacer su trabajo.

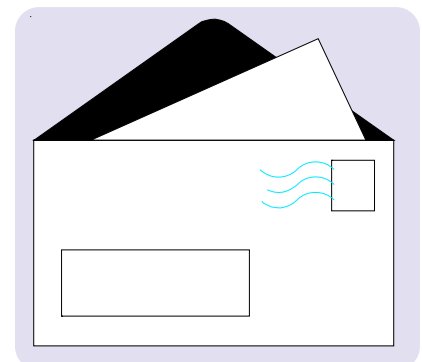
Usted debería recibir este pago del administrador de reclamaciones. El administrador de reclamaciones también debe enviarle una carta explicándole cómo fue calculado el monto del pago.

Después de su primer pago, los beneficios por TD deben ser pagados cada dos semanas mientras usted sea elegible.

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

El administrador de reclamaciones debe mantenerlo informado enviándole cartas que expliquen:

- ◆ Cómo se determinaron los montos de los pagos por TD
- ◆ Las razones por las demoras en los pagos por TD
- ◆ Las razones por los cambios en los montos de los pagos por TD
- ◆ Por qué van a finalizar los beneficios por TD.



¿Qué sucede si no recibo mis pagos a tiempo?

A veces los pagos se demoran. Si el administrador de reclamaciones no puede determinar si su lesión está cubierta por la compensación del trabajador o si deben o no pagarse los beneficios por TD, el administrador de reclamaciones puede demorar su primer pago por TD mientras se investiga. Las demoras generalmente no duran más de 90 días.

Si hay una demora, el administrador de reclamaciones debe enviarle una carta informándole acerca de la demora. La carta debe explicar:

- Por qué usted no va a recibir pagos dentro de los primeros 14 días
- Qué información necesita el administrador de reclamaciones para poder decidir si usted es elegible para recibir beneficios por TD
- Cuándo se tomará una decisión.

Si hay demoras adicionales, el administrador de reclamaciones debe enviarle cartas 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 usted 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 que pague multas por demoras en los pagos por incapacidad temporal?

Depende del caso. El administrador de reclamaciones tiene que pagarle a usted un 10% adicional de su pago si:

- El administrador de reclamaciones envía un pago tarde
— y —
- Usted presentó un formulario de reclamación de beneficios por su lesión más de 14 días antes de la fecha en la que debía recibir el pago.

Esto es válido aunque haya una buena justificación para la demora. Sin embargo, no hay una multa si el administrador de reclamaciones no puede determinar, dentro de los primeros 14 días a partir de la fecha cuando su empleador se enteró de su lesión, si se deben pagar o no los beneficios por TD y le envía una carta informándole acerca de la demora como se explicó anteriormente.

Usted podría recibir hasta un total del 25% de cada pago atrasado, hasta un máximo de \$10.000, si no hubo *ninguna* buena razón para la demora.

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

Los pagos por TD finalizan cuando:

- El médico que lo está atendiendo dice que usted puede volver a su trabajo habitual (aunque usted no vuelva al trabajo)

— ó —
- Usted vuelve a su trabajo habitual o a un puesto de trabajo alternativo o modificado ganando su salario normal (o un salario asociado con el límite máximo de los pagos por TTD)






— ó —
- Cuando usted llega a un punto tal que su condición médica no se está mejorando ni se está empeorando. (Cuando esto sucede, su condición se denomina “permanente y estacionaria”)

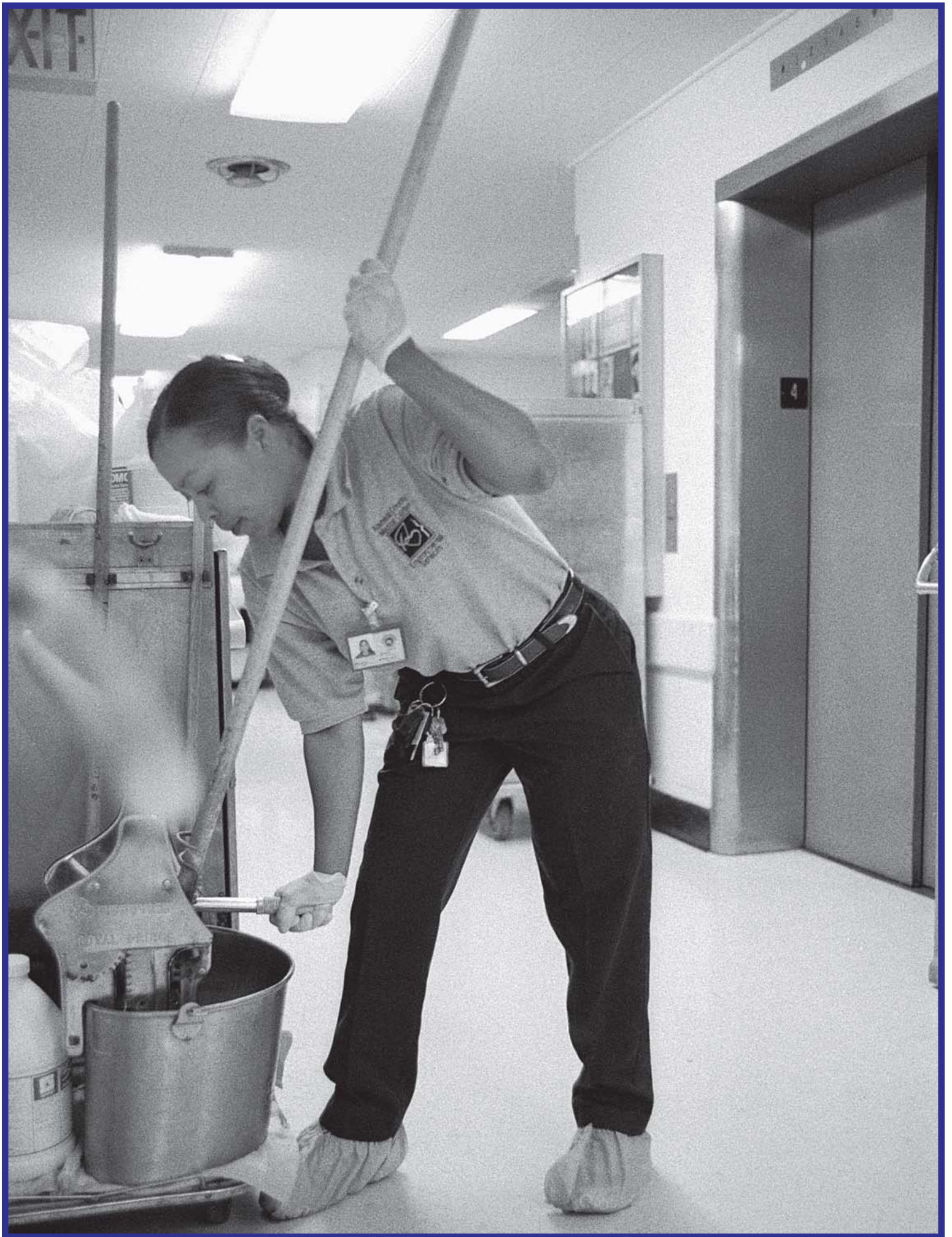
— ó —
- Usted se lesionó el 19 de abril de 2004 o con posterioridad a esa fecha y recibió beneficios por TD por dos años. (Este límite de dos años no se aplica a los trabajadores cuyas lesiones incluyan hepatitis B crónica y aguda, hepatitis C crónica y aguda, amputaciones, quemaduras graves, el virus de inmunodeficiencia humana, lesiones oculares de alta velocidad, quemaduras químicas en los ojos, fibrosis pulmonar o enfermedad pulmonar crónica).

Cuando los pagos por TD finalizan, el administrador de reclamaciones debe enviarle una carta explicándole por qué los pagos finalizan. La carta debe incluir una lista de todos los pagos por TD que le enviaron. Esta carta debe ser enviada dentro de los 14 días después de su último pago por TD.

Si el médico que lo está atendiendo dice que usted nunca se recuperará por completo, usted puede ser elegible para recibir beneficios por incapacidad permanente, un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo o servicios y pagos para rehabilitación vocacional. Vea el Capítulo 7 “Beneficios por Incapacidad Permanente” y el Capítulo 8 “Beneficios para Cuando Necesita Cambiar de Trabajo”.

Algunos Ejemplos de Beneficios por Incapacidad Total Temporal (TTD)

Ocupación	Fecha de Lesión	Salario Bruto Antes de Lesionarse	Pagos por TTD	Razón
Carpintero 	2006	\$1.300 por semana	\$840 por semana	Éste es el máximo para los trabajadores lesionados en 2006.
Trabajador de Línea 	2007	\$1.500 por semana	\$891,66 por semana	Éste es el máximo para los trabajadores lesionados en 2007.
Secretaria 	2006	\$750 por semana	\$500 por semana	Este monto es dos tercios del salario antes de lesionarse
Cocinero y Encargado de Limpieza (1 persona con 2 trabajos) 	2006	\$420 por semana como cocinero, \$150 por semana como encargado de la limpieza total de \$570 por semana	\$380 por semana (si la lesión fue causada por el empleo de paga más alta)	Este monto es dos tercios de los dos salarios combinados.
Ayudante de Enfermero (tiempo parcial) 	2006	\$150 por semana	\$126 por semana	Se paga este monto si el trabajador ganaba hasta \$189 por semana antes de lesionarse (trabajador de bajos ingresos).





Trabajando para su Empleador Después de Lesionarse



Para obtener consejos acerca de “Cómo Hacer Un Seguimiento de Su Reclamación”, vea la página 23. Vea también el Capítulo 9, “Para Conseguir Más Información y Ayuda”.

¿Cuándo puedo regresar al trabajo y qué tareas puedo hacer?	51
¿Qué sucede mientras me estoy recuperando?	52
Mi empleador me asignó tareas que parecen violar mis restricciones laborales. ¿Qué puedo hacer?	53
¿Qué sucede si no me recupero totalmente?	53
¿Puedo volver a trabajar para mi empleador aunque no me recupere por completo?	54
Mi empleador no me ofrece ni me asigna el tipo de trabajo que yo quiero. ¿Qué puedo hacer?	57

Después de sufrir una lesión laboral, volver al trabajo en el momento adecuado y de manera segura puede ayudarlo a recuperarse. También puede ayudarlo a evitar pérdidas financieras por estar sin trabajar. Este capítulo describe cómo usted puede continuar trabajando para su empleador.

¿Cuándo puedo regresar al trabajo y qué tareas puedo hacer?

Después de lesionarse en el trabajo, mucha gente hablará con usted para decidir cuándo volverá a trabajar y qué tipo de tareas hará. Estas personas incluyen:

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

A veces, los médicos y los administradores de reclamaciones no comprenden completamente el trabajo que usted hace u otros trabajos que le podrían asignar. Por lo

tanto, es importante que todos tengan una buena comunicación durante el proceso. Usted (y su abogado, si tiene uno) deben comunicarse *activamente* con el médico que lo está atendiendo, con su empleador y con el administrador de reclamaciones acerca de:

- El trabajo que usted hacía antes de lesionarse
- Su condición médica y los tipos de trabajo que puede hacer ahora
- Los tipos de trabajo que su empleador podría asignarle.

¿Qué sucede mientras me estoy recuperando?

Poco tiempo después de haberse lesionado, el médico que lo está atendiendo lo examina y le envía un informe al administrador de reclamaciones acerca de su condición médica. Si el médico dice que usted puede trabajar, debe describir:

- Límites claros y específicos, si existieran, para sus tareas laborales mientras se esté recuperando. A estos límites se los llama “restricciones laborales”. Las restricciones laborales deben estar basadas en información completa y correcta que usted y su empleador hayan proporcionado acerca de las actividades y de las demandas de su trabajo. Su propósito es protegerlo para que no vuelva a lesionarse.

Ejemplo: No levantar más de 50 libras por vez. No levantar más de 30 libras más de 10 veces por hora. No levantar más de 30 libras más de 15 minutos por hora.

- Cualquier cambio que sea necesario en su horario, en las tareas asignadas, en los equipos o en otras condiciones laborales mientras se recupera.

Ejemplo: Proveer un casco que evite que la cabeza y el cuello estén en una posición incómoda.

Si el médico que lo está atendiendo informa que usted no puede trabajar en absoluto mientras se recupera, no pueden exigirle que trabaje.

Para ver los pasos que usted puede seguir si no está de acuerdo con un informe médico, vea el Capítulo 4, páginas 33–36 y 39–40.

Si Usted Puede Trabajar Con Restricciones

Si el médico que lo está atendiendo informa que usted puede volver a trabajar con restricciones laborales, cualquier tarea que su empleador le asigne debe cumplir con estas restricciones. Su empleador puede, por ejemplo, cambiar ciertas tareas, reducir el tiempo que usted dedica a ciertas tareas o proveer equipos que le faciliten la tarea. Su empleador también puede decir que no hay tareas de este tipo disponibles y, si esto ocurre, no le pueden exigir que usted trabaje.

Si Usted Puede Trabajar Sin Restricciones

Si el médico que lo está atendiendo informa que usted puede volver al trabajo sin restricciones, su empleador generalmente tiene que darle el mismo puesto y el mismo sueldo que usted tenía antes de lesionarse. El empleador puede exigirle que usted acepte el puesto. Esto puede ocurrir poco tiempo después de que usted se lesionó o mucho tiempo después, cuando su condición haya mejorado.

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

Usted debe mostrarle a su empleador las restricciones laborales y hablar acerca de cómo se puede cumplir con estas restricciones. Usted no tiene por qué aceptar una tarea que no cumpla con las restricciones. Si usted se niega a hacer este tipo de tareas, le debe explicar claramente a su empleador de qué manera la tarea no cumple con las restricciones. Si es posible, hágalo por escrito.

Si su empleador toma acción o lo amenaza con tomar acción contra usted por no aceptar esa tarea, esto podría ser una violación a la sección 132a del Código Laboral de California que prohíbe la discriminación contra los trabajadores lesionados.

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

Si tiene preguntas o si necesita ayuda, use los recursos del Capítulo 9. No se demore, ya que hay *fechas límite* para actuar en defensa de sus derechos.

Beneficios por Incapacidad Temporal o TD

- ◆ Si usted pierde salarios mientras se recupera, puede ser elegible para recibir pagos por incapacidad temporal o TD (temporal disability). Para informarse acerca de estos pagos, vea el Capítulo 5.

¿Qué sucede si no me recupero totalmente?

El médico que lo está atendiendo puede determinar que usted nunca podrá volver al mismo puesto o a las mismas condiciones laborales que usted tenía antes de lesionarse. El médico debe informar esto por escrito. El informe debe incluir restricciones laborales permanentes para protegerlo a fin de que no vuelva a lesionarse.

(En algunos casos, usted y el administrador de reclamaciones primero deben llenar un formulario RU-91 “Descripción de las Tareas Laborales del Empleado”. Este formulario era requerido para los trabajadores lesionados antes del año 2004 que habían estado 90 días sin trabajar y todavía puede ser utilizado para ayudarlo a usted a volver a trabajar.

El médico revisa lo que escribieron en el formulario para determinar si usted puede volver a su antiguo puesto y condiciones laborales).

Para ver los pasos que puede seguir si no está de acuerdo con un informe médico, vea el Capítulo 4, páginas 33–36 y 39–40.

Beneficios por Incapacidad Permanente o PD

- ◆ Si el médico que lo está atendiendo informa que usted nunca se recuperará completamente, usted puede ser elegible para recibir pagos por incapacidad permanente o PD (permanent disability). Para informarse acerca de estos pagos, 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 resultar elegible para recibir otros beneficios. La sección que se encuentra a continuación describe sus derechos si usted se lesionó durante o después del año 2004. La sección que le sigue a ésta describe sus derechos si usted se lesionó antes del año 2004.

Si Usted se Lesionó Durante o Después del Año 2004

Si usted estaba recibiendo beneficios por incapacidad temporal o TD mientras se estaba recuperando y esos pagos han finalizado, el administrador de reclamaciones debe completar y enviarle un “Formulario de Aviso de Derecho Potencial a los Beneficios Suplementarios por la Pérdida de Trabajo”. Este formulario indica que su empleador puede ofrecerle trabajo y que si no le ofrecen un trabajo apropiado, usted podría ser elegible para recibir un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo para ayudarle a pagar servicios de reorientación profesional o de mejora de sus habilidades. El administrador de reclamaciones debe enviarle esto dentro de los 10 días a partir de haberle enviado su último pago por incapacidad temporal.

Si Su Empleador Le Ofrece Trabajo

Si su empleador le puede ofrecer trabajo, el administrador de reclamaciones debería enviarle un “Aviso de Oferta de Trabajo Modificado o Alternativo” mediante el formulario DWC-AD 10133.53. El administrador de reclamaciones debería enviarle esto dentro de los 30 días de haberle enviado su último pago por incapacidad temporal.

La oferta tiene que ser por un trabajo que usted pueda hacer. Además, el trabajo tiene que:

- Pagar al menos el 85% del salario y de los beneficios que recibía cuando se lesionó
- Cumplir con las restricciones laborales del informe médico

- Durar al menos 12 meses
- Estar dentro de una distancia de viaje razonable de donde usted vivía cuando se lesionó.

La oferta podría incluir una de las siguientes situaciones:

1. **Trabajo modificado.** Éste es su trabajo anterior con cambios que cumplen con las restricciones laborales indicadas por el médico. (**Nota:** Esta definición de “trabajo modificado” es diferente de la definición para trabajadores lesionados antes del año 2004. El salario exigido es menor y el trabajo puede ser en un lugar diferente al trabajo anterior).

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

2. **Trabajo alternativo.** Éste es un trabajo diferente a su trabajo anterior que cumple con las restricciones laborales indicadas por el médico.

Si su empleador le ofrece trabajo que cumple con todos los requisitos descritos anteriormente:

- Usted tiene solamente 30 días para aceptar la oferta. Si usted no responde dentro de los 30 días, su empleador podría retirar la oferta.
- Al administrador de reclamaciones no se le exigirá ofrecerle un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo. Esto es válido *ya sea que usted acepte la oferta o no.*

Si Su Empleador No Le Ofrece Trabajo

Si su empleador no le ofrece trabajo modificado o alternativo, usted no vuelve a trabajar para su empleador dentro de los 60 días de haber recibido su último pago por incapacidad temporal y su lesión le causa una incapacidad parcial permanente, el administrador de reclamaciones tiene que 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 Antes del Año 2004

Si el médico que lo está atendiendo informa que usted probablemente nunca pueda volver al mismo puesto o a las mismas condiciones laborales que usted tenía antes de lesionarse, el administrador de reclamaciones tiene que enviarle:

- Una carta informándole si su empleador le ofrece trabajo. Si le ofrece trabajo, el administrador de reclamaciones también tiene que enviarle una “Oferta de Trabajo Modificado o Alternativo” mediante el formulario RU-94.

- Una carta informándole si el administrador de reclamaciones le está ofreciendo beneficios para rehabilitación vocacional. (A menudo esta carta es la misma carta que la anterior).
- Un folleto del estado llamado “Ayuda para Volver al Trabajo”.
- Una copia del informe médico descrito anteriormente con instrucciones acerca de lo que usted debe hacer si no está de acuerdo con el informe.

El administrador de reclamaciones también tiene que enviarle estos documentos si usted está totalmente incapacitado por su lesión por más de 365 días.

Si Su Empleador Le Ofrece Trabajo

Si la carta del administrador de reclamaciones dice que su empleador le está ofreciendo trabajo, el puesto tiene que cumplir con las restricciones laborales del informe médico.

La oferta podría incluir una de las siguientes situaciones:

1. **Trabajo modificado.** Éste es su trabajo anterior con cambios que cumplen con las restricciones laborales indicadas por el médico. Debe durar al menos 12 meses y pagar el mismo salario y los mismos beneficios que su trabajo anterior. (**Nota:** Esta definición de “trabajo modificado” es diferente de la definición para los trabajadores que se lesionaron durante o después del año 2004).

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

2. **Trabajo alternativo.** Éste es un trabajo diferente a su trabajo anterior que cumple con las restricciones laborales indicadas por el médico. Debe durar al menos 12 meses y debe pagar al menos el 85% del salario y de los beneficios que recibía cuando se lesionó. Además, tiene que estar dentro de una distancia de viaje razonable de donde usted vivía cuando se lesionó.

Si su empleador le ofrece trabajo que cumple con todos los requisitos descritos anteriormente:

- Es posible que usted tenga solamente 30 días para aceptar la oferta. Si usted no responde dentro de los 30 días, su empleador podría retirar la oferta. (Usted tiene más tiempo si su empleador está de acuerdo).
- Al administrador de reclamaciones probablemente no se le exija que le dé beneficios para rehabilitación vocacional. Esto es válido *ya sea que usted acepte la oferta o no*.

Su empleador podría ofrecerle un trabajo que dure al menos 12 meses pero que no cumpla con los otros requisitos de trabajo modificado o alternativo. Si esto ocurre y:

- Usted *acepta* la oferta, podría *perder* su derecho a recibir beneficios de rehabilitación vocacional.
- Si usted desea mantener su derecho a recibir estos beneficios, usted debería responder diciendo que no puede aceptar la oferta y explicar mediante el formulario RU-94 de qué forma el trabajo no cumple con los requisitos.

Nota: Si usted acepta una oferta de trabajo que durará menos de 12 meses, *no* pierde su derecho a recibir rehabilitación vocacional.

Si Su Empleador No Le Ofrece Trabajo

Si la carta del administrador de reclamaciones dice que su empleador no le ofrece trabajo, la carta debe decir si el administrador de reclamaciones le está ofreciendo beneficios para rehabilitación vocacional en vez del trabajo. Estos beneficios se describen en el Capítulo 8.

Si le ofrecen estos beneficios, es posible que usted tenga solamente 90 días para responder por escrito diciendo que los acepta, que desea una evaluación o que quiere un aplazamiento.

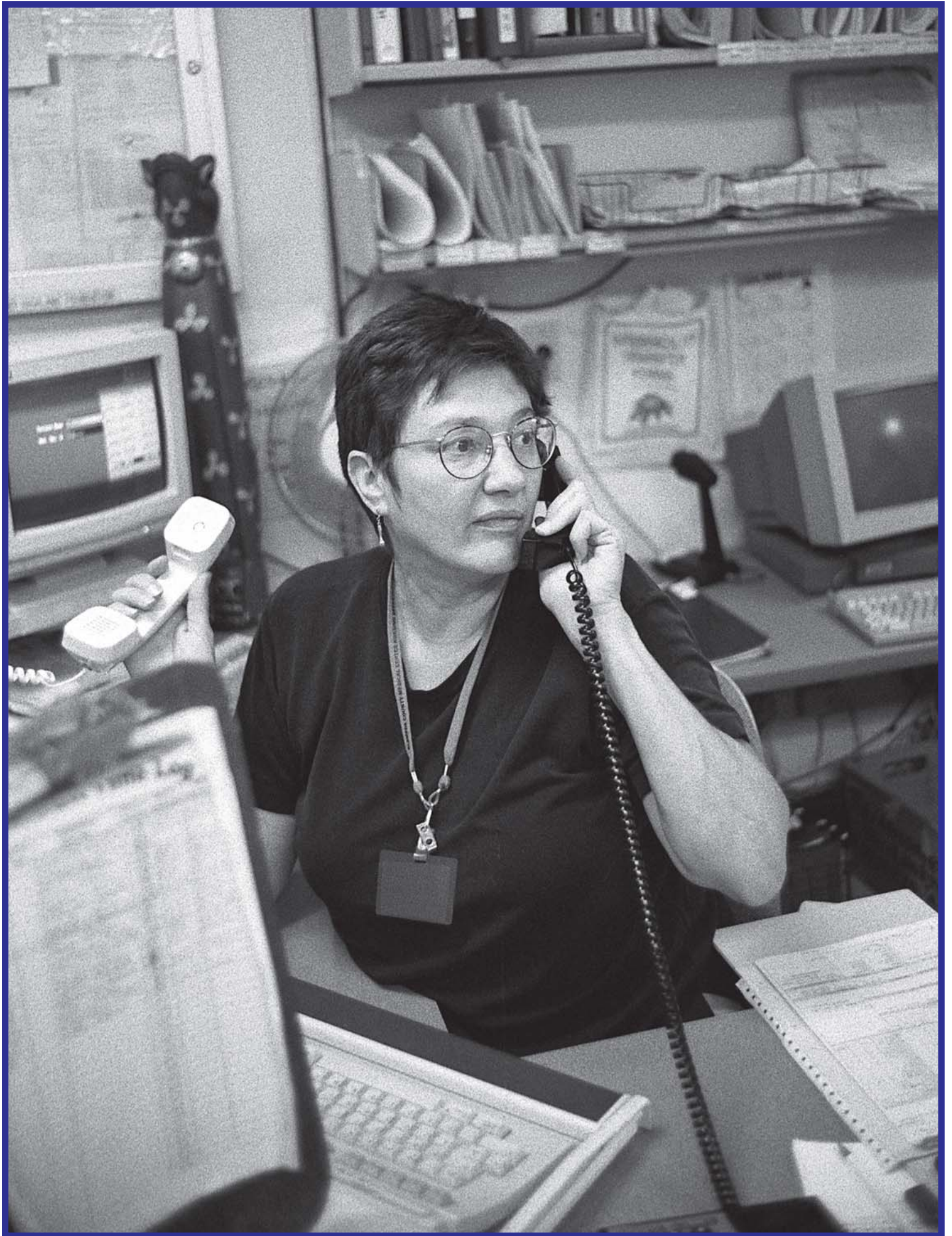
Si usted no responde dentro de los 90 días, podría perder su derecho a recibir rehabilitación vocacional. (Usted tiene más tiempo para responder si el administrador de reclamaciones no le envía un recordatorio por escrito entre 45 y 70 días después de haberle enviado la carta original).

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

En algunos casos, el trabajo que le asignan o que le ofrecen puede parecer injusto, o su empleador puede no ofrecerle ningún trabajo. A un empleador, no obstante, no siempre se le exige que le ofrezca un trabajo que usted quiera. Por ejemplo, es posible que no haya ningún trabajo que usted quiera y que cumpla con las restricciones laborales indicadas por el médico. O la decisión de su empleador podría estar justificada por realidades comerciales.


Por otra parte, si la razón por la cual su empleador no le ofrece el trabajo que usted quiere es porque usted tiene una lesión laboral o porque pidió beneficios de compensación del trabajador, esto podría ser una violación a 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 usted tiene una incapacidad permanente y grave, incluso si usted pudiera realizar la tarea con una acomodación razonable, esto podría constituir una violación a la Ley Federal de Americanos con Incapacidades o ADA (Americans With Disabilities Act) y a la Ley de Equidad en el Empleo y la Vivienda o FEHA (Fair Employment and Housing Act) de California.

Si tiene preguntas o si necesita ayuda, use los recursos del Capítulo 9. No se demore, ya que hay *fechas límite* para actuar en defensa de sus derechos.





Beneficios por Incapacidad Permanente

 *Para obtener consejos acerca de “Cómo Hacer Un Seguimiento de Su Reclamación”, vea la página 23. Vea también el Capítulo 9, “Para Conseguir Más Información y Ayuda”.*

¿Qué son los beneficios por incapacidad permanente o PD (permanent disability)?	59
¿Qué es un informe de condición permanente y estacionaria?	60
No estoy de acuerdo con el informe de condición permanente y estacionaria. ¿Qué puedo hacer?	61
¿Qué es una clasificación?	61
¿Cómo se clasifica mi incapacidad?	62
No estoy de acuerdo con la clasificación hecha por el administrador de reclamaciones. ¿Qué puedo hacer?	63
No estoy de acuerdo con la clasificación hecha por el clasificador de incapacidades estatal. ¿Qué puedo hacer?	63
¿Cómo se determinan los pagos por incapacidad permanente o PD (permanent disability)?	64
¿Cuándo recibo los pagos por incapacidad permanente?	64
¿En qué afecta a mis pagos por incapacidad permanente que mi empleador me ofrezca o no trabajo?	65
¿Se le exige al administrador de reclamaciones pagar multas por las demoras en los pagos por incapacidad permanente?	66
¿Puedo llegar a un acuerdo extrajudicial?	66
¿Qué sucede si no me gusta la oferta de acuerdo extrajudicial que me hace el administrador de reclamaciones?	67

¿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 teniendo problemas. Si el médico que lo está atendiendo dice que usted nunca se recuperará completamente o que siempre tendrá limitaciones acerca de las tareas que puede hacer, usted podría tener una incapacidad permanente. Esto significa que usted podría resultar elegible para recibir beneficios por incapacidad permanente o PD (Permanent Disability).

Los beneficios por incapacidad permanente son pagos que le ayudan a compensar las limitaciones en su capacidad de competir por un trabajo o de ganarse la vida en el *futuro*. No obstante, no hay necesidad de que usted pierda su trabajo *actual* para ser elegible para recibir beneficios por incapacidad permanente.

Los beneficios por incapacidad permanente son limitados. Si usted pierde ingresos, es posible que los beneficios por incapacidad permanente no cubran todos los ingresos perdidos. Si usted tiene pérdidas no relacionadas con su capacidad de competir por un trabajo, posiblemente los beneficios por incapacidad permanente no cubran esas pérdidas.

Otros Beneficios Además de los Beneficios por Incapacidad Permanente

Si usted tiene una incapacidad permanente, también podría resultar elegible para recibir:

- ◆ Atención médica para su lesión, según se describe más adelante en este capítulo.
- ◆ Un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo o servicios de rehabilitación vocacional. Para informarse acerca de estos beneficios, vea el Capítulo 8, “Beneficios para Cuando Necesita Cambiar de Trabajo”.
- ◆ Otra ayuda financiera, como beneficios por incapacidad del Seguro Social y beneficios ofrecidos por algunos empleadores y sindicatos. Para informarse acerca de estos beneficios, use los recursos del Capítulo 9.

¿Qué es un informe de condición permanente y estacionaria?

Cuando usted llega a un punto en el que su condición médica no se está mejorando ni se está empeorando, su condición se llama “permanente y estacionaria” o P&S (permanent and stationary). Cuando esto ocurre, el médico que lo está atendiendo 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 las partes del cuerpo lesionadas y la intensidad del dolor.
- Límites con respecto al trabajo que puede hacer. A estos límites se los llama “restricciones laborales”.
- La atención médica que usted podría necesitar en el futuro para su lesión.
- Si puede o no volver a su antiguo puesto de trabajo.
- Un cálculo de qué porcentaje de su incapacidad es causada por su trabajo comparado con el porcentaje que es causado por otros factores. (**Nota:** Usted debe responderle preguntas al médico que lo está atendiendo acerca de otros problemas médicos que pudieran estar causándole su incapacidad).

El médico que lo está atendiendo le envía el informe de condición permanente y estacionaria al administrador de reclamaciones.

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

El médico que lo está atendiendo tiene que usar un lenguaje especial para describir su incapacidad. Este lenguaje afecta sus beneficios. Si tiene preguntas, consúltelo con su médico. Lea cuidadosamente el informe de condición permanente y estacionaria, asegúrese de que esté completo y fíjese si está de acuerdo con las conclusiones del médico. Cualquier información que sea incorrecta o que no haya sido incluida podría resultar en la pérdida de algunos de los beneficios.

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

A veces, otros médicos tienen opiniones diferentes acerca de la incapacidad de los trabajadores. Usted tiene derecho a disputar el informe de condición permanente y estacionaria.

Para ver los pasos que puede seguir si no está de acuerdo con un informe médico, vea el Capítulo 4, páginas 33–36 y 39–40.

¿Qué es una clasificación?

Una “clasificación” es un porcentaje que calcula hasta qué punto su incapacidad limita los tipos de trabajo que usted puede hacer 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 (los informes médico-legales se describen en el Capítulo 4, página 36).
2. La fecha en la que usted se lesionó.
3. La edad que tenía cuando se lesionó.
4. Su ocupación (basándose en su puesto de trabajo cuando se lesionó).
5. Qué porcentaje de su incapacidad es causado por su trabajo comparado con el porcentaje que es causado por otros factores.
6. Su reducida “capacidad de ganancias futuras”. Este factor se aplica solamente a los trabajadores con una incapacidad permanente que es clasificada usando la tasa de clasificación del año 2005. (Vea el recuadro “Tasas de Clasificación”).

Una clasificación del 100% significa que usted tiene una incapacidad *total* permanente. Las clasificaciones del 100% son muy poco comunes. Una clasificación entre el 1% y el 99% significa que usted tiene una incapacidad *parcial* permanente. La mayoría de los trabajadores lesionados no tienen una incapacidad permanente y, para los que sí la tienen, su clasificación es generalmente de entre el 5% y el 30% (si se lesionaron antes del año 2005).

Tasas de Clasificación

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

1. Si usted se lesionó durante o después del año 2005, se aplica a su caso la tasa de clasificación de 2005.
2. Si usted se lesionó entre abril de 1997 y diciembre de 2004 y ciertos informes médicos fueron escritos antes del 1° de enero de 2005, entonces la tasa de clasificación de 1997 se aplica a su caso. De lo contrario, se aplica la tasa de 2005. En la actualidad (noviembre de 2006) de desconoce cuáles son los informes que determinan la tasa que se aplica a su caso.
3. Si usted se lesionó antes de abril de 1997, en la mayoría de los casos se aplica la tasa previa al mes de abril de 1997.

Para ver las tasas de clasificación, contacte a un funcionario de la oficina de Información y Asistencia estatal (vea las páginas 82–84). Para ver la tasa de clasificación de 2005, visite el sitio web de la División de la Compensación del Trabajador o DWC: www.dir.ca.gov/dwc (siga el enlace a: “Reports, schedules, and publications”).

¿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 está atendiendo redacta el informe de condición permanente y estacionaria, tiene que clasificar su “impedimento” o cuál fue el porcentaje perdido del uso normal de las partes del cuerpo lesionadas. Los métodos del médico para clasificar su impedimento deben seguir 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, al médico que lo está atendiendo no se le exige clasificar su impedimento en el informe de condición permanente y estacionaria. En lugar de ello, el médico debe describir su incapacidad de acuerdo con los factores correspondientes a la tasa de clasificación que se aplique a su caso.

Para ver los pasos que usted puede seguir si no está de acuerdo con un informe médico, vea el Capítulo 4, páginas 33–36 y 39–40.

Después, usted, su abogado o el administrador de reclamaciones pueden pedirle a un clasificador de incapacidades estatal que clasifique su incapacidad basándose en el informe de condición permanente y estacionaria. (Si a usted lo examinó un evaluador médico calificado o QME y no tiene un abogado, un clasificador de incapacidades estatal automáticamente clasificará su incapacidad). Además, el administrador de reclamaciones y su abogado pueden tratar individualmente de predecir la clasificación que un juez de compensación del trabajador consideraría apropiada.

Ejemplos de Clasificaciones de Incapacidad Permanente

(no ajustadas por edad, ocupación u otros factores causantes de la incapacidad)

Incapacidad	Tasa de clasificación de 1997	Tasa de clasificación de 2005
Pérdida total de la vista en un ojo, con visión normal (20/30) en el otro ojo	25%	22% (ajustado por reducida "capacidad de ganancias futuras")
Amputación del dedo índice en la articulación media	5% ó 6% (dependiendo de cuál dedo índice fue amputado)	9% (ajustado por reducida "capacidad de ganancias futuras")

No estoy de acuerdo con la clasificación hecha por el administrador de reclamaciones. ¿Qué puedo hacer?

Usted tiene derecho a disputar la clasificación. A veces, diferentes personas que inspeccionan el mismo informe médico clasifican la incapacidad de un trabajador de manera diferente.

Usted o su abogado (si tiene uno) pueden negociar con el administrador de reclamaciones la clasificación apropiada para su incapacidad. Usted puede pedir una clasificación de un clasificador de incapacidades estatal y usar esta clasificación en sus negociaciones. Si usted y el administrador de reclamaciones no se ponen de acuerdo acerca de la clasificación de su incapacidad, usted puede solicitar que un juez de compensación del trabajador decida la clasificación apropiada.

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

Si usted no tiene un abogado, puede solicitarle al director administrativo de la División de la Compensación del Trabajador o DWC estatal que determine si hubo errores en el proceso de evaluación médica o en el proceso de clasificación. A esto se lo llama reconsideración de su clasificación. Usted también puede presentarle el caso a un juez de compensación del trabajador.

Para obtener ayuda para solicitar una reconsideración o presentar su caso ante un juez de compensación del trabajador, contacte a un funcionario de la oficina de Información y Asistencia estatal (vea las páginas 82–84). Pregunte acerca de las posibles demoras en el proceso de reconsideración.

Si usted tiene un abogado, su abogado puede presentar su caso ante el juez de compensación del trabajador.

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

Los montos de los beneficios por incapacidad permanente o PD (permanent disability) son establecidos por ley. El administrador de reclamaciones determinará cuánto se le pagará basándose en varios factores:

1. La clasificación (o las clasificaciones) de su incapacidad.
2. La fecha en la que usted se lesionó.
3. Su salario antes de lesionarse.
4. Si su empleador le ofrece o no trabajo que cumpla con los requisitos de la página 65. Vea “¿En qué afecta a mis pagos por incapacidad permanente que mi empleador me ofrezca o no trabajo?”

Ejemplos de Beneficios por Incapacidad Permanente

Nota: Estos ejemplos están basados en clasificaciones ajustadas por reducida “capacidad de ganancias futuras”, pero no por edad, ocupación u otros factores causantes de la incapacidad. Se aplican a los trabajadores que se lesionaron en 2004, que ganaban más de \$300 por semana antes de lesionarse y cuyo empleador tiene menos de 50 empleados.

Incapacidad	Tasa de clasificación de 1997	Tasa de clasificación de 2005
Pérdida total de la vista en un ojo, con visión normal (20/30) en el otro ojo	\$23.100 (total)	\$17.100 (total)
Amputación del dedo índice en la articulación media	\$4.000 ó \$4.800 (total) dependiendo de cuál dedo índice fue amputado	\$5.400 (total)

¿Cuándo recibo los pagos por incapacidad permanente?

Si usted tiene una incapacidad *parcial* permanente, es elegible para recibir el monto total de sus beneficios por incapacidad permanente distribuido en un número fijo de semanas. Si usted tiene una incapacidad *total* permanente, es elegible para recibir pagos por incapacidad permanente por el resto de su vida.

Si usted estaba recibiendo beneficios por incapacidad temporal o TD, debería 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 estaba recibiendo pagos por incapacidad temporal, debería recibir el primer pago por incapacidad permanente

dentro de los 14 días a partir de cuando el administrador de reclamaciones se entera de que usted tiene una incapacidad permanente causada por la lesión. Después del primer pago, los beneficios por incapacidad permanente deben ser pagados cada 14 días.

Los pagos por incapacidad permanente terminan cuando alcanzan el monto máximo permitido por ley o cuando se llega a un acuerdo extrajudicial y usted recibe un pago total. **Nota:** De este pago total se deducen los beneficios por incapacidad permanente que usted ya recibió, incluyendo cualquier adelanto que haya recibido del pago total.

¿En qué afecta a mis pagos por incapacidad permanente que mi empleador me ofrezca o no trabajo?

Nota: Esta pregunta sólo afecta a los trabajadores que se lesionaron durante o después del año 2005 y cuyos empleadores tienen 50 o más empleados.

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

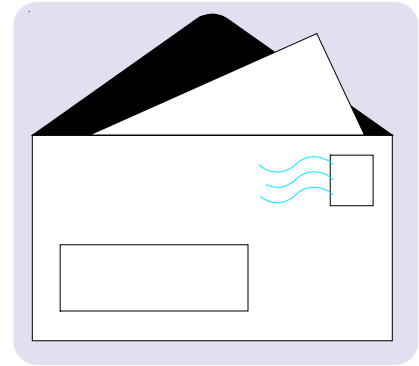
- Para ofrecerle trabajo regular, su empleador o el administrador de reclamaciones debe enviarle un “Aviso de Oferta de Trabajo Regular” (mediante el formulario DWC-AD 10003) dentro de los 60 días a partir de cuando su condición pasa a ser permanente y estacionaria. El trabajo debe:
 - Pagar el mismo salario y los mismos beneficios que su antiguo trabajo
 - Cumplir con las restricciones laborales del informe médico
 - Durar al menos 12 meses
 - Estar dentro de una distancia de viaje razonable de donde usted vivía cuando se lesionó.

- Para ofrecerle trabajo modificado o alternativo, su empleador o el administrador de reclamaciones debe 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 cuando su condición pasa a ser permanente y estacionaria. El trabajo debe:
 - Pagar al menos el 85% del salario que recibía cuando se lesionó
 - Cumplir con las restricciones laborales del informe médico
 - Durar al menos 12 meses
 - Estar dentro de una distancia de viaje razonable de donde usted vivía cuando se lesionó.

Avisos Acerca de los Pagos por Incapacidad Permanente o PD

El administrador de reclamaciones debe mantenerlo informado enviándole cartas que expliquen:

- ◆ Cómo se determinaron los pagos por incapacidad permanente
- ◆ Cuándo recibirá los pagos por incapacidad permanente
- ◆ Las razones por cualquier demora en los pagos por incapacidad permanente
- ◆ Las razones por las cuales no se pagan los beneficios por incapacidad permanente.



¿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 con retraso, debe pagarle un 10% adicional.

Esto es válido aunque la demora esté bien justificada y aunque el administrador de reclamaciones le envíe una carta explicándole la demora. (Nota: no se le exige pagar esta multa si usted no presentó un formulario para solicitar beneficios por su lesión).

Usted podría recibir hasta un total del 25% de cada pago atrasado, hasta un máximo de \$10.000, si no hubo *ninguna* buena razón para la demora.

¿Puedo llegar a un acuerdo extrajudicial?

Sí. Después de que su incapacidad sea clasificada, 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 acerca de cuándo y por cuánto tiempo usted continuará recibiendo pagos por 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 para su lesión, por todo el tiempo que dicha atención médica sea necesaria. **Nota:** Las pautas para la atención médica de las lesiones laborales están descritas en el Capítulo 3 (vea “¿Qué tipo de atención médica reciben los trabajadores lesionados?”). Pueden ser usadas aunque usted haya llegado a un acuerdo extrajudicial antes de que las pautas fueran agregadas a la ley de compensación del trabajador en el año 2003.

- **Posibles cambios en los beneficios.** Si su condición empeora, usted tiene derecho a pedir beneficios de compensación del trabajador adicionales. Del mismo modo, si su condición mejora, el administrador de reclamaciones tiene el derecho de pedir que los beneficios sean reducidos. Usualmente, un pedido de aumento o de reducción de los beneficios tiene que hacerse dentro de los cinco años a partir de la fecha en la que usted se lesionó.

2. Acuerdo y Cesión

- **Único Pago Total.** El administrador de reclamaciones accede a pagarle un único pago total. Este pago cubre los pagos por incapacidad permanente que usted todavía no ha recibido más otros beneficios. (Sin embargo, los beneficios para rehabilitación vocacional solamente pueden ser incluidos en un contrato de Acuerdo y Cesión en algunas situaciones. Vea el Capítulo 8, página 75.)
- **Atención Médica.** Si el pago total (descrito arriba) cubre los gastos calculados de la atención médica futura, el administrador de reclamaciones ya no pagará más por su atención médica. Esto pasa a ser responsabilidad suya.
- **No se pueden cambiar los beneficios.** Usted no tiene derecho a pedir beneficios de compensación del trabajador adicionales si su condición empeora. Similarmente, el administrador de reclamaciones tampoco tiene derecho a pedir que sus beneficios sean reducidos si su condición mejora.

Si usted y el administrador de reclamaciones llegan a un acuerdo extrajudicial, un juez de compensación del trabajador debe examinar el acuerdo para determinar si es adecuado.

¿Qué sucede si no me gusta la oferta de acuerdo extrajudicial que me hace el administrador de reclamaciones?


No es necesario que usted acepte la oferta del administrador de reclamaciones. Usted puede negociar un acuerdo. Si no puede llegar a un acuerdo con el administrador de reclamaciones, usted puede presentar su caso ante un juez de compensación del trabajador. El juez decidirá qué beneficios le corresponden. A esta decisión se la llama Conclusiones y Adjudicación (Findings and Award). Se la enviarán a usted por escrito.

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





Beneficios para Cuando Necesita Cambiar de Trabajo

 Para obtener consejos acerca de “Cómo Hacer Un Seguimiento de Su Reclamación”, vea la página 23. Vea también el Capítulo 9, “Para Conseguir Más Información y Ayuda”.

Si Usted Se Lesionó Durante o Después del Año 2004	70
¿Qué es un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo?	70
¿Cuál es el monto en dólares de este beneficio?	70
¿Cómo puedo obtener este beneficio?	71
¿Cuándo recibo el vale?	71
¿A qué instituciones puedo asistir?	71
¿A qué consejero vocacional y de regreso al trabajo puedo recurrir?	72
¿Cómo puedo usar el vale para pagar por los gastos?	72
¿Hay una fecha límite para usar el vale?	72
Tengo un problema con mi beneficio suplementario por la pérdida de trabajo. ¿Qué puedo hacer?	72
Si Usted Se Lesionó Antes del Año 2004	72
¿Qué son los beneficios para rehabilitación vocacional?	72
¿Existen montos máximos en dólares para estos beneficios?	73
¿Cómo puedo obtener rehabilitación vocacional?	73
¿Qué sucede luego?	73
¿Es obligatorio recurrir a un consejero de rehabilitación?	73
¿Qué sucede después de que se elige al consejero de rehabilitación?	74
¿Qué pagos puedo recibir para los gastos de mantenimiento mientras estoy en rehabilitación vocacional?	74
¿Puedo rehusar la rehabilitación vocacional?	75
¿Puedo cambiar los beneficios para rehabilitación vocacional por dinero en efectivo?	75
Tengo un problema con mis beneficios de rehabilitación vocacional. ¿Qué puedo hacer?	75

Si el médico que lo está atendiendo determina que usted nunca se recuperará por completo o que nunca podrá volver al mismo puesto de trabajo o a las condiciones laborales que usted tenía antes de lesionarse, podría ser elegible para recibir un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo o beneficios para rehabilitación vocacional. Los tipos de beneficios que usted puede recibir dependen de la fecha en la que se lesionó y de si su empleador le ofrece un trabajo apropiado (como se describe en el Capítulo 6). La primera sección de este capítulo describe los beneficios disponibles para los trabajadores que se lesionaron durante o después del año 2004. La segunda sección describe los beneficios disponibles para los trabajadores que se lesionaron antes del año 2004.

Si Usted Se Lesionó Durante o Después del Año 2004

Los trabajadores que se lesionaron durante o después del año 2004 podrían ser elegibles para un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo si el empleador no le ofrece un trabajo apropiado.

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

Un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo es un vale que promete pagar clases de reorientación profesional o de mejoramiento de las habilidades, o ambas cosas, en instituciones educativas aprobadas o autorizadas por el estado. Usted puede utilizar ese vale para pagar la matrícula, los honorarios, libros u otros gastos requeridos por la institución para la reorientación profesional o el mejoramiento de sus habilidades. Hasta un máximo del 10 por ciento del dinero del vale puede ser utilizado para pagar los servicios de un consejero vocacional y de regreso al trabajo, que es 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 que el juez de compensación del trabajador considere apropiada para su incapacidad permanente. El juez llega a esta determinación cuando analiza el acuerdo extrajudicial de su caso o cuando emite las Conclusiones y Adjudicación en su caso. Para más información acerca de las clasificaciones de incapacidad permanente, vea el Capítulo 7.

Los montos en dólares de los vales son de:

- Hasta \$4.000 por clasificaciones de incapacidad permanente inferiores al 15%
- Hasta \$6.000 por clasificaciones de incapacidad permanente de entre el 15% y el 25%
- Hasta \$8.000 por clasificaciones de incapacidad permanente de entre el 26% y el 49%
- Hasta \$10.000 por clasificaciones de incapacidad permanente de entre el 50% y el 99%

¿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 vuelve a trabajar para su empleador dentro de los 60 días contados a partir de ese pago y
- Su lesión le produce una incapacidad parcial permanente.

El administrador de reclamaciones le enviará el vale en un formulario llamado, “Formulario de Vale Intransferible para Capacitación a través de los Beneficios Suplementarios por la Pérdida de Trabajo” (DWC-AD 10133.57).

¿Cuándo recibo el vale?

El administrador de reclamaciones debe enviarle el vale dentro de un plazo de 25 días contados a partir de cuando el juez de compensación del trabajador emita la adjudicación por incapacidad parcial permanente.

¿A qué instituciones puedo asistir?

El vale le ayuda a pagar por las clases que tome en 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 que esté:

- Aprobada por la Oficina para la Educación Privada Postsecundaria y Vocacional de California o BPPVE (California Bureau for Private Postsecondary and Vocational Education) o por una agencia estatal de California que tenga un contrato con la BPPVE para la regulación y la supervisión de instituciones privadas postsecundarias que no otorgan títulos terciarios,

— ó —

- Acreditada por una de las asociaciones regionales de colegios y escuelas autorizadas por el Departamento de Educación de los EE.UU.,

— ó —

- Certificada por la Administración Federal de Aviación (Federal Aviation Administration).

También puede ser una institución fuera de California que esté aprobada por una agencia en otro estado que sea similar a la BPPVE.

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

La División de la Compensación del Trabajador estatal cuenta con una lista de consejeros vocacionales y de regreso al trabajo capacitados. Para ver la lista, contacte a un funcionario de Información y Asistencia del estado (vea las páginas 82–84). También puede visitar el sitio web de la DWC: www.dir.ca.gov/dwc.

¿Cómo puedo usar el vale para pagar por los gastos?

Si usted presenta el vale a la institución y al consejero que elige, ellos pueden contactar al administrador de reclamaciones para coordinar el pago directo. Si usted paga los gastos directamente y le envía los recibos al administrador de reclamaciones, el administrador de reclamaciones le reembolsará el dinero. El administrador de reclamaciones debería reembolsarle el dinero dentro de los 45 días de haber recibido los recibos con el vale firmado.

¿Hay una fecha límite para usar el vale?

No. La ley no especifica un límite de tiempo o una fecha de vencimiento.

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

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

Si Usted Se Lesionó Antes del Año 2004

Los trabajadores que se lesionaron antes del año 2004 podrían ser elegibles para recibir beneficios para rehabilitación vocacional si el empleador no les ofrece un trabajo apropiado.

Nota: Los beneficios para rehabilitación vocacional no estarán disponibles después del año 2008, sea cual fuere la fecha en la que usted se lesionó.

¿Qué son los beneficios para rehabilitación vocacional?

Los beneficios para rehabilitación vocacional incluyen:

- Servicios para ayudarlo a encontrar trabajo, si usted no puede hacer su trabajo anterior y su empleador no le ofrece otro puesto. Los servicios pueden incluir, por ejemplo, orientación, capacitación, educación o trabajo por cuenta propia.
- Una pensión para gastos de mantenimiento mientras recibe estos servicios.

El hecho de recibir servicios de rehabilitación vocacional no garantiza que usted encuentre un trabajo o que el trabajo que encuentre pague lo mismo que su trabajo anterior.

¿Existen montos máximos en dólares para estos beneficios?

Sí. Usualmente, al administrador de reclamaciones solamente se le exige pagar hasta \$16.000 (total) por beneficios para rehabilitación vocacional. Esto incluye los honorarios pagados a un consejero de rehabilitación, los gastos de capacitación o educación y los pagos de la pensión para gastos de mantenimiento que usted recibe mientras está en rehabilitación vocacional.

¿Cómo puedo obtener rehabilitación vocacional?

Como se explica en el Capítulo 6, el administrador de reclamaciones puede *ofrecerle* rehabilitación vocacional.

Usted también puede *solicitar* rehabilitación vocacional en algunas situaciones. Por ejemplo, usted puede pedir rehabilitación vocacional si no estaba listo para recibir estos servicios antes pero ahora sí está listo. La fecha límite para pedir rehabilitación vocacional depende de muchos factores.

Si necesita ayuda para solicitar beneficios para rehabilitación vocacional, use los recursos del Capítulo 9.

¿Qué sucede luego?

Si usted acepta una oferta de rehabilitación vocacional o si su solicitud de rehabilitación vocacional es aprobada, el administrador de reclamaciones le sugerirá que visite a un consejero de rehabilitación para que lo evalúe y lo oriente. A esta persona también se la denomina representante de rehabilitación calificado o QRR (qualified rehabilitation representative).

El administrador de reclamaciones tiene que ponerse de acuerdo con usted acerca de quién será su consejero de rehabilitación.

¿Es obligatorio recurrir a un consejero de rehabilitación?

Usualmente, se les exige a los trabajadores que vayan a ver a un consejero de rehabilitación mientras se encuentran en rehabilitación vocacional. Los honorarios que se le pagan al consejero son parte del máximo de \$16.000 de sus beneficios para rehabilitación vocacional.

Sin embargo, si usted ya está inscrito en un centro de enseñanza terciaria, en una universidad estatal o en la Universidad de California, es posible que los fondos que normalmente se pagan por orientación sean usados para ayudarlo a pagar los costos de la institución o de la universidad.

Para pedir permiso para que estos fondos se usen para pagar los costos de la institución o de la universidad, contacte a un consejero de rehabilitación de la División de la Compensación del Trabajador estatal. O contacte a un funcionario de Información y Asistencia o a un abogado. Estos recursos se describen en el Capítulo 9.

¿Qué sucede después de que se elige al consejero de rehabilitación?

Después de elegir al consejero de rehabilitación, usted se reúne con el consejero para determinar si usted puede participar en rehabilitación vocacional.

Si usted puede participar en rehabilitación vocacional, usted y su consejero de rehabilitación preparan juntos un plan de rehabilitación vocacional por escrito.

El plan podría incluir una de las siguientes posibilidades:

- Un trabajo modificado o alternativo con su empleador (aunque su empleador no haya ofrecido esto antes)
- Colocación laboral con otro empleador
- Capacitación en el lugar de trabajo
- Educación o capacitación en una escuela o universidad
- Trabajo por cuenta propia.

Después de preparar el plan, usted recibirá los servicios descritos en el plan. También podría recibir orientación relativa a la colocación laboral por parte del consejero de rehabilitación.

¿Qué pagos puedo recibir para los gastos de mantenimiento mientras estoy en rehabilitación vocacional?

Si usted está recibiendo pagos por incapacidad temporal, los seguirá recibiendo mientras participe en rehabilitación vocacional. Continuarán mientras usted sea elegible para recibir beneficios por incapacidad temporal. (Para informarse acerca de los pagos por incapacidad temporal, vea el Capítulo 5.) Los pagos por incapacidad temporal no son parte del máximo de \$16.000 correspondientes a los beneficios para rehabilitación vocacional.

Si usted no está recibiendo pagos por incapacidad temporal, usted podría resultar elegible para recibir:

- Pagos de pensión para rehabilitación vocacional o VRMA (vocational rehabilitation maintenance allowance). Estos pagos pueden ser de hasta \$246 por semana (dependiendo de su salario antes de lesionarse), hasta por 52 semanas. Los pagos de VRMA son parte del máximo de \$16.000 de sus beneficios para rehabilitación vocacional.

- En algunas situaciones, pagos por incapacidad permanente para complementar la pensión. Para informarse acerca de los pagos por incapacidad permanente, vea el Capítulo 7.

¿Puedo rehusar la rehabilitación vocacional?

Sí. Usted puede rechazar una oferta de beneficios para rehabilitación vocacional si usted no necesita o no quiere estos servicios. Sin embargo, si rechaza esta oferta, podría perder el derecho de recibir rehabilitación vocacional en el futuro.

¿Puedo cambiar los beneficios para rehabilitación vocacional por dinero en efectivo?

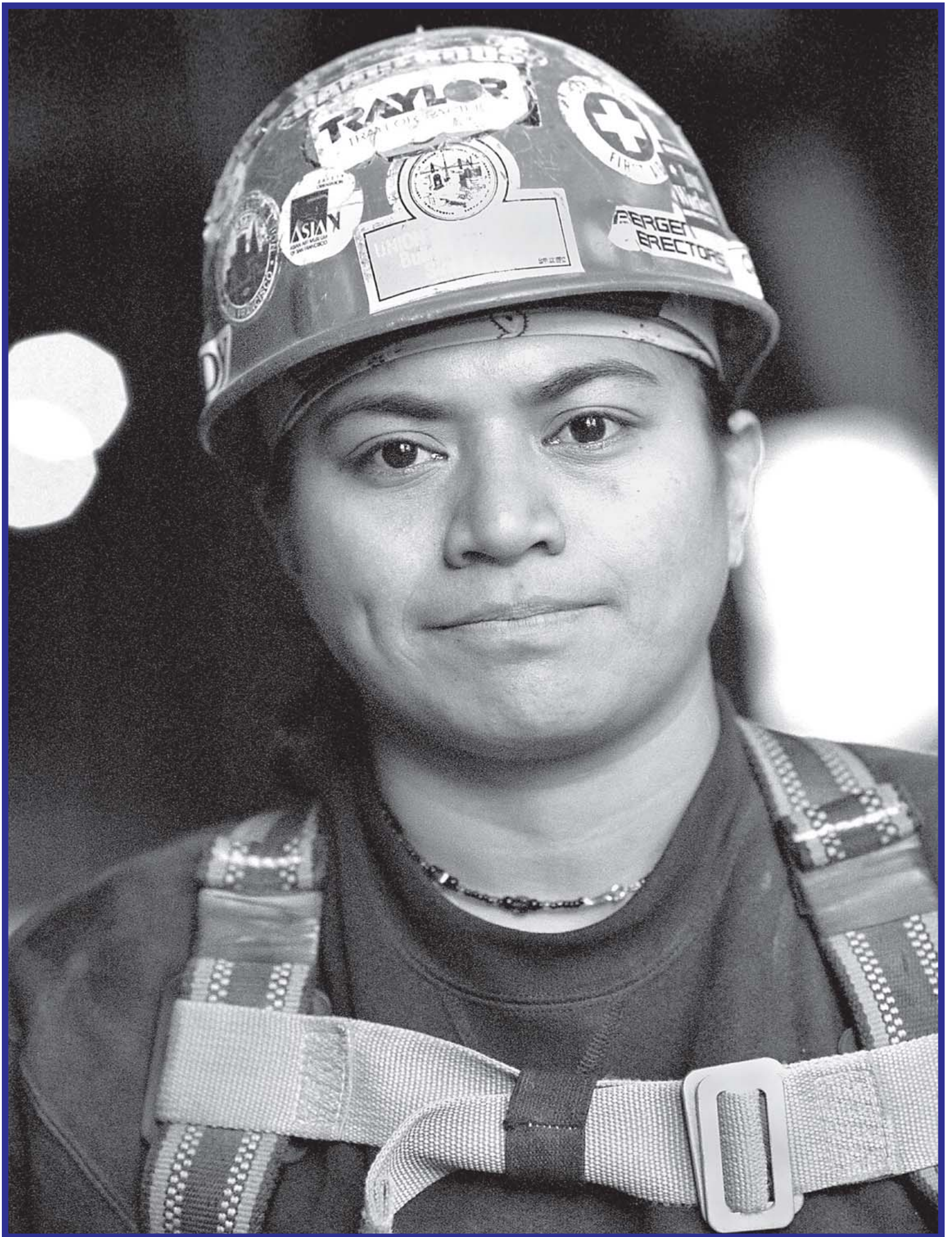
Si a usted lo representa un abogado, puede renunciar a sus derechos a futuros beneficios para rehabilitación vocacional como parte de un acuerdo extrajudicial. (Un acuerdo extrajudicial es un acuerdo entre usted y el administrador de reclamaciones acerca de su caso de compensación del trabajador. Vea el Capítulo 7, páginas 66–67.) En un acuerdo extrajudicial que incluya beneficios para rehabilitación vocacional, usted recibe un pago total de hasta \$10.000 para ser usado para rehabilitación vocacional dirigida por cuenta propia.

Si a usted *no* lo representa un abogado, no puede renunciar a sus derechos a futuros beneficios para rehabilitación vocacional como parte de un acuerdo extrajudicial a menos que se cumplan ciertas condiciones.

Tengo un problema con mis beneficios de rehabilitación vocacional. ¿Qué puedo hacer?

Usted puede contactar a su empleador, al administrador de reclamaciones, a un funcionario de Información y Asistencia del estado, a un abogado o a su sindicato (si tiene uno). También puede solicitar ayuda en la Unidad de Rehabilitación de la División de la Compensación del Trabajador estatal.

Los recursos mencionados se describen en el Capítulo 9. No se demore, ya que hay *fechas límite* para tomar medidas para proteger sus derechos.





Para Conseguir Más Información y Ayuda

Su Empleador	77
El Administrador de Reclamaciones	77
División Estatal de la Compensación del Trabajador o DWC (State Division of Workers' Compensation)	78
Comisión Estatal de Salud, Seguridad y Compensación del Trabajador de California o CHSWC (State Commission on Health and Safety and Workers' Compensation)	78
Abogados de los Solicitantes	78
El Médico que lo Está Atendiendo	79
Organizaciones Laborales	79
Clínicas de Salud Ocupacional	79
Grupos de Apoyo para Trabajadores Lesionados	79
Organizaciones y Agencias de Salud y Seguridad	79
Otras Agencias Estatales y Federales — Ayuda Financiera	80
Otras Agencias Estatales y Federales — Denuncias por Discriminación	80
Libros y Otros Materiales	81
Preguntas y Respuestas Acerca de los Servicios Estatales de Información y Asistencia	82
Preguntas y Respuestas Acerca de los Abogados	85

- **Su Empleador.** Su empleador tiene la obligación de enviarle información y material por escrito explicando la compensación del trabajador. Si usted tiene preguntas, puede contactar a 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 del trabajador para su empleador. La mayoría de los administradores de reclamaciones trabajan para compañías de seguro o para otras organizaciones que se encargan de las reclamaciones para los empleadores. Algunos administradores de reclamaciones trabajan directamente para empleadores grandes que se encargan de sus propias reclamaciones. A esta persona también se la puede llamar examinador de reclamaciones o ajustador de reclamaciones. El administrador de reclamaciones tiene la obligación de enviarle a usted información por escrito acerca de su reclamación y también puede responderle sus preguntas. Si

no puede contactar al administrador de reclamaciones, solicite hablar con el supervisor del administrador de reclamaciones.

- **División Estatal de la Compensación del Trabajador o DWC (State Division of Workers' Compensation).** La DWC administra las leyes de compensación del trabajador y les 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.dir.ca.gov/dwc.

Información y Asistencia. Los funcionarios de I&A responden preguntas y ayudan a los trabajadores lesionados a resolver los problemas que tengan con sus reclamaciones. Sus servicios son gratuitos. Para más información, vea "Preguntas y Respuestas Acerca de los Servicios de Información y Asistencia Estatales" en las páginas 82–84.

Unidad Médica. Esta unidad supervisa a las redes de proveedores médicos o MPN (medical provider networks), a los médicos de revisión independiente o IMR (independent medical review), a las organizaciones que proveen atención médica o HCO (health care organizations), a los evaluadores médicos calificados o QME (qualified medical evaluators), los planes de revisión de la utilización o UR (utilization review) y a los médicos de segunda opinión de cirugía de la columna vertebral. Para más información o para denunciar un problema, llame gratis al: 1-800-794-6900 ó al 1-800-999-1041. Visite también el sitio web de la Unidad Médica: www.dir.ca.gov/imc.

Unidad de Rehabilitación. Esta unidad responde las preguntas acerca de los beneficios para la rehabilitación vocacional, toma decisiones acerca de estos beneficios y ayuda a resolver problemas.

Junta de Apelaciones de la Compensación del Trabajador. Es donde los jueces de compensación del trabajador oyen los casos y toman decisiones acerca de los problemas y los litigios. Si un problema no puede ser resuelto con el administrador de reclamaciones, un funcionario de I&A puede ayudarlo a solicitar una audiencia ante un juez de compensación del trabajador o un abogado puede solicitar una audiencia y representarlo a usted ante el juez. Si usted no está de acuerdo con una decisión de un juez de compensación del trabajador, puede pedir que una Junta de Apelaciones compuesta de siete miembros haga una reconsideración de la decisión del juez.

- **Comisión Estatal de Salud, Seguridad y Compensación del Trabajador de California o CHSWC (State Commission on Health and Safety and Workers' Compensation).** La CHSWC lleva a cabo estudios y hace recomendaciones para mejorar el sistema de compensación del trabajador y las actividades del estado para prevenir lesiones laborales. Los estudios, los informes y los ensayos se encuentran en Internet en el sitio web de la CHSWC: www.dir.ca.gov/chswc.

- **Abogados de los Solicitantes.** Son abogados que representan a los trabajadores lesionados en sus casos de compensación del trabajador. Para más información, vea "Preguntas y Respuestas acerca de los Abogados" en las páginas 85–86.

- **El Médico que lo Está Atendiendo.** Usted le puede preguntar al médico que lo está atendiendo acerca del tipo de atención médica que usted necesita, acerca del tipo de trabajo que puede hacer mientras se recupera y si piensa que usted tendrá una incapacidad permanente o no. También le puede solicitar copias de todos los informes médicos que le envíe al administrador de reclamaciones.
- **Organizaciones Laborales.** Su sindicato puede ayudarlo a resolver los problemas que usted tenga con su reclamación de compensación del trabajador, informarle acerca de otros beneficios, negociar los cambios que sean necesarios en su trabajo, protegerlo a usted 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 proveen apoyo para las personas con lesiones laborales. Para conseguir información acerca de los grupos de apoyo y de otros recursos para los trabajadores lesionados, vea el sitio web de CTD Resource Network, Inc.: www.tifaq.org. En ese sitio web, siga el enlace a: “Support Groups”.
- **Organizaciones y Agencias de Salud y Seguridad**

Para conseguir ayuda acerca de los 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 las quejas de los trabajadores, inspecciona los lugares de trabajo y hace cumplir las 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) de la Universidad de California en Berkeley (teléfono: 1-510-642-5507; sitio web: www.lohp.org) ofrece información, capacitación y ayuda acerca de los temas de salud y seguridad, incluyendo la compensación del trabajador. Provee servicios a los trabajadores, a los sindicatos y a otros grupos en California y en todo el país.

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

■ Otras Agencias Estatales y Federales — Ayuda Financiera

Departamento para el Desarrollo de Empleos de California o EDD (California Employment Development Department) (teléfono: 1-800-480-3287). Para información acerca de la 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 los 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 información acerca de la 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 acerca 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 del trabajador. Si a usted lo discriminan por haber presentado una reclamación de compensación del trabajador o por tener una lesión laboral, puede contactar a un funcionario de Información y Asistencia, a un abogado de solicitantes o a su sindicato (si tiene uno).

Leyes de derechos por incapacidad. Si a usted lo discriminan por una incapacidad permanente o por otra condición médica, puede ponerse en contacto con un abogado que se especialice en derecho laboral. Puede conseguir los nombres de los abogados en la asociación de abogados local, en una sociedad de ayuda legal del condado, en su sindicato (si tiene uno), o preguntándoles a otros trabajadores lesionados. También puede contactar al State Bar of California acerca de los servicios de contactos con los abogados (línea gratuita: 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 información acerca de la 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 Equidad en el Empleo y la Vivienda de California o DFEH (Department of Fair Employment and Housing) (teléfono: 1-800-884-1684). Para información acerca de la 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

Your Medical Evaluation (Su Evaluación Médica), en español y en inglés. Puede haber copias gratis. Contacte a la Unidad Médica de la División de la Compensación del Trabajador estatal (teléfono: 1-800-794-6900; sitio web: www.dir.ca.gov/imc).

Schedule for Rating Permanent Disabilities (Tasa de Clasificación para 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 que se aplica a su caso, contacte a un funcionario de Información y Asistencia del estado (vea las páginas 82–84). Para ver la tasa de clasificación del año 2005, visite el sitio web de la División de la Compensación del Trabajador: www.dir.ca.gov/dwc (siga el enlace a: “Reports, schedules and publications”).

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), 6ª edición, por Christopher A. Ball, junio de 2006. Una guía detallada para los trabajadores, a la venta en las librerías y en Nolo Press (teléfono: 1-800-728-3555; 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 2006. Una referencia exhaustiva para abogados, disponible en las bibliotecas jurídicas.

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 los empleadores que quieran “establecer” un sistema alternativo para brindarles beneficios a los trabajadores lesionados y resolver 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 gratis, contacte a 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 acerca de las experiencias de los 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, contacte a 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).

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

P. ¿En qué forma pueden ayudarme los funcionarios de Información y Asistencia del estado?

R. Los funcionarios de Información y Asistencia le pueden dar hojas informativas, formularios de compensación del trabajador y guías que explican cómo llenar los formularios. Las hojas informativas y las guías incluyen:

- Hoja Informativa A: Respuestas a sus preguntas acerca de la revisión de la utilización
- Hoja Informativa B: Glosario de términos de la compensación del trabajador para trabajadores lesionados
- Hoja Informativa C: Respuestas a sus preguntas acerca de los beneficios por incapacidad temporal
- Hoja Informativa D: Respuestas a sus preguntas acerca de los beneficios por incapacidad permanente
- Hoja Informativa E: Respuestas a sus preguntas acerca de los evaluadores médicos calificados y de los evaluadores médicos acordados
- Hoja Informativa F: Respuestas a sus preguntas acerca del Fondo para Empleadores Sin Seguro o UEF (Uninsured Employers Fund) del estado

- Guía de I&A N° 1: Cómo presentar una reclamación de compensación del trabajador
- Guía de I&A N° 2: Cómo solicitar un evaluador médico calificado
- Guía de I&A N° 3: Cómo objetar su clasificación sumaria
- Guía de I&A N° 4: Cómo presentar una solicitud para adjudicación de la reclamación
- Guía de I&A N° 5: Cómo presentar una declaración de disposición para proseguir
- 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 mala conducta intencional y grave
- Guía de I&A N° 9: Cómo presentar una petición de conmutación
- Guía de I&A N° 10: Cómo presentar un derecho de retención
- Guía de I&A N° 11: Cómo presentar una petición de reapertura
- Guía de I&A N° 12: Cómo presentar una petición de reconsideración
- Guía de I&A N° 13: Cómo presentar una apelación de rehabilitación
- Guía de I&A N° 14: Cómo presentar una queja ante la Unidad de Auditoría
- Guía de I&A N° 15: Cómo darle de baja a su abogado
- Guía de I&A N° 16: Cómo presentar una reclamación ante el Fondo para Empleadores sin Seguro
- Guía de I&A N° 16A: Cómo nombrar correctamente a su empleador para el Fondo de Empleadores sin Seguro
- Guía de I&A N° 16B: Cómo servir a su empleador en un caso del Fondo para Empleadores sin Seguro

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

- Le pueden responder preguntas acerca de su reclamación. Lo pueden ayudar en varios idiomas.
- Pueden llamar al administrador de reclamaciones para ayudarlo a solucionar cualquier malentendido.
- Pueden hacer reuniones 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 pedir 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 que no tienen abogado y cuyos casos han sido aceptados).

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

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

Los funcionarios de Información y Asistencia (I&A) del estado responden preguntas y ayudan a los trabajadores lesionados. Sus servicios son gratuitos. Los números que se encuentran a continuación están actualizados hasta la fecha (noviembre de 2006).

◆ **Línea Gratuita: 1-800-736-7401**

En este número, encontrará mensajes grabados.

- ◆ **Oficinas del Distrito:** (Para ver las 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.dir.ca.gov/dwc).

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| • Anaheim
1-714-738-4038 | • Pomona
1-909-623-8568 | • Santa Mónica
1-310-452-1188 |
| • Bakersfield
1-661-395-2514 | • Redding
1-530-225-2047 | • Santa Rosa
1-707-576-2452 |
| • Eureka
1-707-441-5723 | • Riverside
1-951-782-4347 | • Stockton
1-209-948-7980 |
| • Fresno
1-559-445-5355 | • Sacramento
1-916-263-2741 | • Van Nuys
1-818-901-5367 |
| • Goleta
1-805-968-4158 | • Salinas
1-831-443-3058 | |
| • Grover Beach
1-805-481-3296 | • San Bernardino
1-909-383-4522 | |
| • Long Beach
1-562-590-5240 | • San Diego
1-619-767-2082 | |
| • Los Ángeles
1-213-576-7389 | • San Francisco
1-415-703-5020 | |
| • Oakland
1-510-622-2861 | • San José
1-408-277-1292 | |
| • Oxnard
1-805-485-3528 | • Santa Ana
1-714-558-4597 | |



Preguntas y Respuestas Acerca de los Abogados

P. ¿De qué manera puede ayudarme un abogado?

R. El trabajo de un abogado de solicitantes es:

- proteger sus derechos
- planear una estrategia para su caso para poder obtener todos los beneficios que le corresponden
- ser el defensor de sus derechos
- recoger información para apoyar su reclamación
- llevar el registro de las fechas límite
- representarlo en audiencias ante un juez de compensación del trabajador
- informarle a usted acerca de otros beneficios o reclamaciones que podrían estar disponibles.

P. ¿Cómo cobran los abogados?

R. La mayoría de los abogados de solicitantes proveen una consulta gratis. Si usted contrata a un abogado, no le paga inmediatamente. En lugar de ello, los honorarios de su abogado se descuentan más adelante de algunos de sus beneficios. Los honorarios son usualmente entre el 9% y el 15% de su adjudicación final o de su acuerdo extrajudicial por su incapacidad permanente más un monto adicional si usted recibe beneficios para rehabilitación vocacional. Un juez de compensación del trabajador tiene que aprobar los honorarios.

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

P. ¿Cuándo necesito un abogado?

R. Usted puede necesitar un abogado si:

- Usted cree que su empleador o el administrador de reclamaciones lo está tratando injustamente o reteniendo sus beneficios; o
- Usted tiene una incapacidad permanente que lo limita o le causa dolor; o
- Usted no sabe cómo continuar con su caso y nadie más lo ayuda.

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

R. Los honorarios del abogado serán descontados de sus beneficios. Además, es posible que a otras personas involucradas en su caso sólo se les permita hablar con su abogado acerca de asuntos importantes y que no se les permita hablar directamente con usted.

P. ¿Cómo elijo un abogado?

R. Elija a un abogado que tenga experiencia en compensación del trabajador, preferentemente uno que tenga certificación del State Bar of California como especialista en compensación del trabajador. Usted puede conseguir los nombres de los abogados de solicitantes contactando al State Bar of California (teléfono: 1-415-538-2120; sitio web: www.calbar.ca.gov), a una asociación de abogados local, a la Asociación de Abogados de Solicitantes de California (teléfono: 1-800-459-1400; sitio web: www.caaa.org), a una sociedad de ayuda legal del condado, a su sindicato (si tiene uno) o a otros trabajadores lesionados.

Elija a su abogado cuidadosamente. En su primera cita, vea si usted tiene una buena comunicación con el abogado y con sus empleados. Si usted contrata a un abogado y luego decide cambiar, posiblemente le sea difícil encontrar a otro abogado que quiera tomar su caso.





Leyes y Reglamentos Importantes

Introducción	89
Capítulo 1	89
Capítulo 2	91
Capítulo 3	91
Capítulo 4	93
Capítulo 5	94
Capítulo 6	94
Capítulo 7	95
Capítulo 8	96

A continuación, se detallan las leyes y los reglamentos que rigen sus derechos y obligaciones dentro del sistema de compensación del trabajador de California. Excepto cuando se indique de otro modo, usted puede descargar de Internet estas leyes y reglamentos del sitio web de la División Estatal de la Compensación del Trabajador (DWC): www.dir.ca.gov/dwc. Para acceder al Código Laboral de California (que a continuación aparece como “Código Laboral”), siga el enlace a: “Statutes”. Para acceder a los reglamentos de compensación del trabajador que figuran en el Código de Reglamentos de California (que a continuación aparece como “Título 8 del Código de Reglamentos”), siga el enlace a: “Regulations”.

Advertencia: *Algunas normas están fundamentadas en interpretaciones legales halladas en jurisprudencia y no se encuentran detalladas en los estatutos y reglamentos. La jurisprudencia incluye decisiones pasadas de jueces de compensación del trabajador, de la Junta de Apelaciones y de los 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 sección 3201.9; Título 8 del Código de Reglamentos, desde la sección 10200 hasta la sección 10204.

Capítulo 1

- Definiciones de “lesión”: Código Laboral, secciones 3208 y 3208.1.
- Limitaciones en la cobertura por lesiones psiquiátricas: Código Laboral, sección 3208.3.

- Beneficios de atención médica: Código Laboral, sección 4600.
- Beneficios por incapacidad temporal (TD) y por incapacidad permanente (PD): Código Laboral, desde la sección 4453 hasta la sección 4459, y desde la sección 4650 hasta la sección 4664.
- Beneficios suplementarios por la pérdida de trabajo: Código Laboral, secciones 4658.5 y 4658.6.
- Beneficios para rehabilitación vocacional: Código Laboral, sección 139.5 (y antiguas secciones desde la 4635 hasta la 4647 del Código Laboral).
- Beneficios por Muerte: Código Laboral, desde la sección 4700 hasta la sección 4728.
- Designación previa de su médico particular: Código Laboral, secciones 3551(b)(3) y 4600(d); Título 8 del Código de Reglamentos, desde la sección 9780 hasta la sección 9783.1.
- Designación previa de su médico particular si el empleador o la compañía de seguro tienen un contrato 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 sección 9779.4.
- Cómo informarle a su empleador acerca de su lesión o enfermedad: Código Laboral, secciones 5400 y 5402(a).
- Ilegalidad de discriminar (castigar o despedir) a un trabajador lesionado a causa de su lesión: Código Laboral, sección 132a.
- El empleador debe asegurar el acceso a los servicios médicos de emergencia: Título 8 del Código de Reglamentos, sección 3400 (disponible en Internet en www.dir.ca.gov/dosh; enlace a: Title 8 Regulations).
- Programa de Prevención de Lesiones y de Enfermedad: Código Laboral, sección 6401.7; Título 8 del Código de Reglamentos, sección 3203 (disponible en Internet en www.dir.ca.gov/dosh; enlace a: Title 8 Regulations).
- La atención médica como beneficio de la compensación del trabajador sin importar el tiempo perdido: Código Laboral, sección 4600(a).
- Limitaciones en la cobertura para los 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 del trabajador más allá de quién es culpable de su lesión: Código Laboral, sección 3600(a).
- Usted no puede hacerle juicio a su empleador por una lesión laboral; excepciones: Código Laboral, secciones 3602, 3706 y 4558.

Capítulo 2

- El empleador debe darle o enviarle por correo un formulario de reclamación dentro del plazo de un día laborable después de enterarse de su lesión: Código Laboral, sección 5401(a).
- El empleador debe enviarle el formulario de reclamación al administrador de reclamaciones: Título 8 del Código de Reglamentos, sección 10119(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 del trabajador: Código Laboral, desde la sección 3820 hasta la sección 3823; Código de Seguro, secciones 1871 y 1871.4 (disponible en Internet en www.leginfo.ca.gov; enlace a: “California Law”).
- Presunción de que una nueva reclamación tiene cobertura de compensación del trabajador si no es negada dentro del plazo de 90 días: Código Laboral, sección 5402(b).
- Ilegalidad de discriminar (castigar o despedir) a un trabajador lesionado a causa de su lesión: Código Laboral, sección 132a.
- Funcionarios y servicios de Information & Assistance (I&A): Código Laboral, sección 139.6, y desde la sección 5450 hasta la sección 5454; Título 8 del Código de Reglamentos, desde la sección 9921 hasta la sección 9929.
- Jueces de compensación del trabajador: Código Laboral, secciones 123.5 y 123.6; Título 8 del Código de Reglamentos, sección 10348.

Capítulo 3

- El empleador debe pagar la compensación del trabajador y estar asegurado o tener seguro propio: Código Laboral, secciones 3600 y 3700.
- Ilegalidad de que el proveedor médico le facture al trabajador lesionado mientras la reclamación está pendiente: Código Laboral, sección 3751(b).
- Atención Médica basada en las pautas de tratamiento: Código Laboral, secciones 4600, 4604.5 y 5307.27.
- Límites en las visitas al quiropráctico, de terapia física y de terapia ocupacional: Código Laboral, sección 4604.5(d).
- El empleador debe asegurar el acceso a los servicios médicos de emergencia: Título 8 del Código de Reglamentos, sección 3400 (disponible en Internet en www.dir.ca.gov/dosh; enlace a: “Title 8 Regulations”).

- El administrador de reclamaciones debe autorizar el tratamiento médico dentro del plazo de un día laborable después de ser presentado el formulario de reclamación, por hasta un valor de \$10.000: Código Laboral, sección 5402(c).
- Designación previa de su médico particular: Código Laboral, secciones 3551(b)(3) y 4600(d); Título 8 del Código de Reglamentos, desde la sección 9780 hasta la sección 9783.1.
- Designación previa de su médico particular si el empleador o la compañía de seguro tienen un contrato 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 sección 9779.4.
- Redes de Proveedores Médicos o MPN (Medical Provider Networks): Código Laboral, desde la sección 4616 hasta la sección 4616.7; Título 8 del Código de Reglamentos, desde la sección 9767.1 hasta la sección 9767.15.
- Organizaciones que proveen atención médica o HCO (Health Care Organizations): Código Laboral, desde la sección 4600.3 hasta la sección 4600.7; Título 8 del Código de Reglamentos, desde la sección 9770 hasta la sección 9779.9.
- Derecho a atenderse con su médico particular si el empleador no le envió información acerca de su derecho de compensación del trabajador: Código Laboral, sección 3550(e); Título 8 del Código de Reglamentos, secciones 9881 y 9881.1
- Derecho a atenderse con un médico de su elección si el empleador o el administrador de reclamaciones no le proporcionan la atención necesaria o le dan un tratamiento completamente inadecuado: Código Laboral, sección 4600(a).
- Obligación del empleador de enviarle información acerca de la compensación del trabajador: Código Laboral, sección 3550; Título 8 del Código de Reglamentos, secciones 9881 y 9881.1.
- Cambio de médico si se está atendiendo en una MPN: Código Laboral, secciones 4600(c), 4616.3(b) y (d); Título 8 del Código de Reglamentos, sección 9767.6(d), (e), y (f).
- Cambio de médico si se está 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).
- Cómo 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.
- Obligación de informarle al administrador de reclamaciones el nombre y la dirección del nuevo médico: Código Laboral, sección 4603.2(a).
- Cambio de médico si no se está atendiendo 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.

- Cambio de médico si se está atendiendo con un 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), 9781 y 9783.1.
- Informes del médico que lo atiende: Título 8 del Código de Reglamentos, desde la sección 9785 hasta la sección 9785.4.
- El administrador de reclamaciones debe proporcionarle copias de los informes médicos cuando se soliciten: Título 8 del Código de Reglamentos, sección 9810(d).
- El médico debe proporcionar copias de los informes médicos según se solicite: Código de Salud y Seguridad de California, desde la sección 123100 hasta la sección 123149.5 (disponible en Internet en www.leginfo.ca.gov; enlace a: “California Law”).

Capítulo 4

- Cómo disputar las decisiones acerca de diagnósticos o de tratamientos en una MPN: Código Laboral, secciones 4616.3(c), 4616.4 y 4616.6; Título 8 del Código de Reglamentos, secciones 9767.7, y desde la sección 9768.1 hasta la sección 9768.17.
- Cómo disputar las decisiones acerca de diagnósticos o de 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 acerca de diagnósticos o de tratamientos que no corresponden ni a una MPN ni a una HCO: Código Laboral, desde la sección 4062 hasta la sección 4068.
- Evaluadores médicos calificados (QME): Código Laboral, sección 139.2; Título 8 del Código de Reglamentos, desde la sección 10 hasta la sección 119.
- Revisión de la utilización (UR): Código Laboral, sección 4610; Título 8 del Código de Reglamentos, desde la sección 9792.6 hasta la sección 9792.10.
- Segunda opinión sobre cirugía de la columna vertebral: Código Laboral, sección 4062(b) y (c); Título 8 del Código de Reglamentos, desde la sección 9788.01 hasta la sección 9788.91.
- Cómo disputar una decisión de negar un tratamiento: Código Laboral, sección 4062(a); Título 8 del Código de Reglamentos, sección 9792.10.
- Multas por demoras o negaciones sin justificación: Código Laboral, secciones 5814 y 5814.5.
- Quejas e investigaciones de la Unidad de Auditoría por falta de cumplimiento con las fechas límite para la revisión de la utilización (UR): Código Laboral, sección 4610(i).

- Quejas e investigaciones de la Unidad de Auditoría acerca de las demoras y las negaciones sin justificación: 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 sección 4062.5; Título 8 del Código de Reglamentos, sección 9812(g).

Capítulo 5

- Elegibilidad para recibir beneficios por incapacidad temporal (TD): Código Laboral, sección 4652.
- Montos de los pagos por incapacidad temporal: Código Laboral, secciones 4453, desde la sección 4653 hasta la sección 4657 y sección 4661.5.
- Notificaciones acerca de los pagos por incapacidad temporal (TD): Código Laboral, sección 138.4(c); Título 8 del Código de Reglamentos, sección 9812(a), (b), (c) y (d).
- Cuándo se inician los pagos por TD: Código Laboral, sección 4650(a).
- Beneficios por TD pagados quincenalmente: Código Laboral, sección 4650(c).
- Carta explicativa de demora en los beneficios por TD: Título 8 del Código de Reglamentos, sección 9812(a)(2).
- Presunción de que una nueva reclamación tiene cobertura de compensación del trabajador si no es negada dentro del plazo de 90 días: Código Laboral, sección 5402(b).
- Multas por demoras en los pagos por TD: Código Laboral, secciones 4650(d) y 5814.
- Cuándo finalizan los pagos por TD: Código Laboral, sección 4656.
- Aviso de finalización de los beneficios por TD: Título 8 del Código de Reglamentos, sección 9812(d).

Capítulo 6

- Informes médicos y restricciones laborales mientras usted se está recuperando: Código Laboral, sección 4061.5; Título 8 del Código de Reglamentos, secciones 9785 y 9785.2.
- Ilegalidad de discriminar (castigar o despedir) a un trabajador lesionado a causa de la lesión: Código Laboral, sección 132a.
- “Descripción de las Tareas Laborales del Empleado” (formulario RU-91): Título 8 del Código de Reglamentos, sección 10133.11.

- Beneficios suplementarios por la pérdida de trabajo: Código Laboral, secciones 4658.5 y 4658.6; Título 8 del Código de Reglamentos, desde la sección 10133.50 hasta la sección 10133.60.
- “Formulario de Aviso del Derecho Potencial al Beneficio Suplementario por la Pérdida de Trabajo”: Título 8 del Código de Reglamentos, secciones 10133.51 y 10133.52.
- “Aviso de Oferta de Trabajo Modificado o Alternativo” (formulario DWC-AD 10133.53): Título 8 del Código de Reglamentos, sección 10133.53.
- Beneficios para la rehabilitación vocacional: Código Laboral, sección 139.5 (y antiguamente Código Laboral, desde la sección 4635 hasta la sección 4647); Título 8 del Código de Reglamentos, desde la sección 10122 hasta la sección 10133.22.
- Aviso de posible elegibilidad para recibir los beneficios para rehabilitación vocacional (información del administrador de reclamaciones): Título 8 del Código de Reglamentos, sección 9813(d)(2).
- “Oferta de Trabajo Modificado o Alternativo” (formulario RU-94): Título 8 del Código de Reglamentos, sección 10133.12.
- Oferta de beneficios para rehabilitación vocacional: Título 8 del Código de Reglamentos, sección 9813(d)(2)(B), (C), (D) y (E).
- Ilegalidad de discriminar (castigar o despedir) a un trabajador lesionado a causa de su lesión: Código Laboral, sección 132a.

Capítulo 7

- Definiciones de “incapacidad permanente”: Código Laboral, sección 4660; 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 y 10152.
- Clasificaciones: Código Laboral, secciones 4452.5 y 4660; Título 8 del Código de Reglamentos, sección 10151.
- Tasas de clasificación: Código Laboral, secciones 4658(d)(4) y 4660; Título 8 del Código de Reglamentos, desde la sección 9725 hasta la sección 9727, desde la sección 9785 hasta la sección 9785.4, secciones 9805, 9805.1 y desde la sección 10150 hasta la sección 10165.5.
- Clasificaciones realizadas por un clasificador de incapacidades estatal: Título 8 del Código de Reglamentos, desde la sección 10160 hasta la sección 10161.
- Reconsideración de una clasificación por parte de 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, 4663 y 4664.

- Reducción o incremento en los beneficios por PD de un 15% dependiendo de si el empleador le ofrece trabajo o no: Código Laboral, sección 4658(d)(2) y (3); Título 8 del Código de Reglamentos, desde la sección 10001 hasta la sección 10003.
- “Aviso de Oferta de Trabajo Regular” (formulario DWC-AD 10003): Título 8 del Código de Reglamentos, sección 10003.
- “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 10002.
- 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 5001; Título 8 del Código de Reglamentos, secciones 10496, 10497 y desde la sección 10870 hasta la sección 10890.
- Acuerdo y Cesión: Código Laboral, desde la sección 5000 hasta la sección 5106; Título 8 del Código de Reglamentos, desde la sección 10870 hasta la sección 10890.
- Cambios en los beneficios y reapertura de un caso: Código Laboral, sección 5410.
- Conclusiones y Adjudicación: Código Laboral, desde la sección 5800 hasta la sección 5816.

Capítulo 8

- Beneficios suplementarios por la pérdida de trabajo (vales): Código Laboral, secciones 4658.5 y 4658.6; Título 8 del Código de Reglamentos, desde la sección 10133.50 hasta la sección 10133.60.
- Montos en dólares de los vales: Código Laboral, sección 4658.5(a).
- “Formulario de Vale Intransferible para Capacitación a través de los Beneficios Suplementarios por la Pérdida de Trabajo” (formulario DWC-AD 10133.57): Título 8 del Código de Reglamentos, sección 10133.57.
- Cuándo el vale es enviado: Título 8 del Código de Reglamentos, sección 10133.56(c).

- Escuelas a las que puede asistir y consultores vocacionales y de regreso al trabajo a los que puede recurrir con el vale: Título 8 del Código de Reglamentos, secciones 10133.58 y 10133.59.
- Cómo usar el vale: Título 8 del Código de Reglamentos, secciones 10133.56(d) y (h), y 10133.57.
- Beneficios para rehabilitación vocacional: Código Laboral, sección 139.5 (y anteriormente Código Laboral, secciones 4635-4647); Título 8 del Código de Reglamentos, desde la sección 10122 hasta la sección 10133.22.
- Límite en dólares en los beneficios para rehabilitación vocacional: Código Laboral, sección 139.5(c); Título 8 del Código de Reglamentos, sección 10125.
- Beneficios para la rehabilitación vocacional disponibles únicamente hasta el 31 de diciembre de 2008: Código Laboral, sección 139.5(l).
- Acuerdo de cambio de los beneficios para rehabilitación vocacional por dinero en efectivo: Título 8 del Código de Reglamentos, secciones 10131.2 y 10131.22 (basado en la antigua sección 4646 del Código Laboral).



Glosario

Este glosario explica brevemente muchos de los términos que se usan comúnmente en la compensación del trabajador. Éstas no son las definiciones legales completas.

Abogado de solicitantes

Un abogado que representa a los trabajadores lesionados en sus casos de compensación del trabajador. “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). Hasta la fecha de entrada en vigencia de las pautas de tratamiento médico adoptadas por la División de la Compensación del Trabajador, las pautas publicadas por el ACOEM, llamadas “Pautas de la Práctica de la Medicina Ocupacional” (“Occupational Medicine Practice Guidelines”) se consideran correctas en la mayoría de los casos acerca del tipo y de la cantidad de tratamiento necesario para las lesiones laborales.

Acuerdo extrajudicial

Un acuerdo entre el trabajador lesionado y el administrador de reclamaciones acerca de los pagos por compensación del trabajador y de la atención médica futura que se brindará al trabajador. Los acuerdos deben ser revisados por un juez de leyes de administración de compensación del trabajador para determinar si son apropiados.

Acuerdo y Cesión

Un tipo de acuerdo extrajudicial en el que el trabajador recibe un pago total y puede pasar a ser el responsable de pagar por la atención médica futura para la lesión.

Acuerdos establecidos

Una alternativa a los procedimientos de resolución de disputas en el sistema de compensación del trabajador de California. Los acuerdos establecidos pueden ser creados solamente a través de contratos colectivos entre los sindicatos y los empleadores.

Administrador de reclamaciones

Una persona que se encarga de las reclamaciones de compensación del trabajador para los empleadores. La mayoría de los administradores de reclamaciones trabajan para compañías de seguro o para otras organizaciones que administran las reclamaciones para los empleadores. Algunos administradores de reclamaciones trabajan directamente para grandes empleadores que administran sus propias reclamaciones. También se los llama “*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 tienen que ser clasificadas usando la tasa de clasificación del año 2005, al médico que lo está atendiendo se le exige que clasifique el impedimento del trabajador usando las 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 causado por el trabajo de un trabajador y que ocurre mientras trabaja. Una lesión o enfermedad tiene que ser AOE/COE para tener cobertura de la compensación del trabajador.

Atención médica

Vea “*Tratamiento médico*”.

Audiencia

Un proceso o incidente legal en el que un juez de leyes de administración de compensación del trabajador lleva a cabo una reunión para tratar distintos temas o para recibir información de varias personas para poder tomar una decisión acerca de una disputa o de un acuerdo propuesto.

Aviso de Oferta de Trabajo Modificado o Alternativo (DWC-AD 10133.53)

Un formulario que un empleador o administrador de reclamaciones le envía a un trabajador lesionado que tiene una incapacidad permanente. Si el trabajador se lesionó durante o después del año 2004 y el empleador hace esta oferta dentro de los 30 días contados a partir del último pago recibido por incapacidad temporal (TD), al administrador de reclamaciones no se le exige proveer un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo. Si el trabajador se lesionó durante o después del año 2005, el empleador tiene 50 empleados o más, y esta oferta se realiza dentro de los 60 días contados a partir de cuando la condición del trabajador pasa a ser permanente y estacionaria, los pagos por incapacidad permanente (PD) se reducen en un 15%; caso contrario, los pagos por incapacidad permanente (PD) se incrementan en un 15%.

Aviso de Oferta de Trabajo Regular (DWC-AD 10003)

Un formulario que el empleador o administrador de reclamaciones le envía a un trabajador lesionado que tiene una incapacidad permanente. Si el trabajador se lesionó durante o después del año 2005, el empleador tiene 50 empleados o más y esta oferta se realiza dentro de los 60 días contados a partir de cuando la condición del trabajador pasa a ser permanente y estacionaria, los pagos por incapacidad permanente (PD) se reducen en un 15%; caso contrario, los pagos por incapacidad permanente (PD) se incrementan en un 15%.

Beneficio suplementario por la pérdida de trabajo

Un beneficio de compensación del trabajador para los trabajadores lesionados durante o después del año 2004 que tienen una incapacidad parcial permanente que les impide hacer su antiguo trabajo y cuyos empleadores no les ofrecen otro trabajo. Tiene la forma de un vale que ayuda a pagar por la reorientación profesional o por clases para mejorar las habilidades, o ambas, en instituciones aprobadas o acreditadas por el estado. También se lo llama “*vale*”.

Beneficios por incapacidad del Seguro Social

Asistencia financiera a largo plazo para personas que tienen una incapacidad total. Estos beneficios son administrados por la Administración del Seguro Social de los Estados Unidos. Pueden ser reducidos por los pagos de compensación del trabajador que usted reciba.

Beneficios por incapacidad permanente (PD)

Los pagos que se le hacen a un trabajador cuya lesión laboral limita permanentemente los tipos de trabajo que el trabajador puede hacer o la capacidad del trabajador para ganarse la vida. **Los beneficios por incapacidad parcial permanente o PPD (permanent partial disability)** son los pagos que recibe un trabajador cuya capacidad para competir en el mercado laboral o para ganarse la vida está reducida. **Los beneficios por incapacidad total permanente o PTD (permanent total disability)** son los pagos que recibe un trabajador que se considera que no puede competir en el mercado laboral o ganarse la vida permanentemente.

Beneficios por incapacidad temporal o TD (temporary disability)

Los pagos que recibe un trabajador lesionado que pierde salarios porque la lesión le impide hacer su trabajo habitual mientras se recupera. **Los beneficios por incapacidad parcial temporal o TPD (temporary partial disability)** son pagos que recibe un trabajador que puede hacer algo de trabajo mientras se recupera pero que gana menos que antes de lesionarse. **Los beneficios por incapacidad total temporal o TTD (temporary total disability)** son pagos a los trabajadores que no pueden trabajar en absoluto mientras se están recuperando.

Beneficios por muerte

Los pagos que se les hacen al cónyuge, a los hijos o a otras personas dependientes de un trabajador que pierde la vida 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 los lugares de trabajo y administra las leyes para proteger la salud y la seguridad de los trabajadores en California.

Carta Informándole acerca de una demora

Una carta que el administrador de reclamaciones les envía a los trabajadores lesionados explicándoles por qué los pagos están demorados, qué información se necesita para que los pagos sean enviados y cuándo se tomará una decisión acerca de los pagos.

Clasificación

Vea “clasificación de incapacidad permanente”.

Clasificación de incapacidad

Vea “Clasificación de incapacidad permanente”.

Clasificación de incapacidad permanente

Un porcentaje que calcula hasta qué punto una lesión laboral limita permanentemente los tipos de trabajos que un trabajador puede hacer o la capacidad de un trabajador para ganarse la vida. La clasificación está basada en la condición médica del trabajador, en la fecha de la lesión, en la edad que tenía cuando se lesionó, en la ocupación que tenía cuando se lesionó, en el porcentaje de la incapacidad que se debe al trabajo comparado con otros factores y en la reducción de su capacidad para ganar dinero.

Clasificación de un impedimento

Un porcentaje que calcula el nivel de pérdida que ha tenido un trabajador del uso normal de las partes del cuerpo lesionadas. Las clasificaciones de impedimentos se determinan basándose en las pautas publicadas por la Asociación Médica Estadounidense o AMA (American Medical Association). Es diferente de la “*clasificación de incapacidad permanente*”.

Clasificador de incapacidades

Un empleado de la División de la Compensación del Trabajador estatal que clasifica la incapacidad permanente de los trabajadores lesionados después de revisar un informe médico o un informe médico-legal que describe la condición del trabajador.

Comisión de Salud, Seguridad y Compensación del Trabajador o CHSWC (Commission on Health and Safety and Workers' Compensation)

Un organismo nombrado por el estado, que consta de cuatro representantes sindicales y cuatro representantes patronales, que patrocina y conduce estudios y hace recomendaciones para mejorar el sistema de compensación del trabajador de California y las actividades estatales para prevenir las lesiones laborales.

Conclusiones y Adjudicación

Una decisión por escrito hecha por un juez de leyes de administración de compensación del trabajador acerca del caso de un trabajador lesionado, incluyendo los pagos y la atención médica futura que se deben brindar al trabajador.

Consejo Médico Industrial o IMC (Industrial Medical Council)

Una agencia que pertenecía al estado y que certificaba y regulaba a los evaluadores médicos calificados o QME (qualified medical evaluators) en California y que proveía materiales educativos acerca del proceso de la evaluación médica. En el año 2003, el IMC fue eliminado y sus funciones fueron transferidas a la Unidad Médica de la División de la Compensación del Trabajador estatal.

Descripción de las Tareas Laborales del Empleado (RU-91)

Un formulario que se llena entre el trabajador lesionado y el administrador de reclamaciones para permitirle al médico que lo está atendiendo determinar si el trabajador podrá volver a su puesto de trabajo y a las condiciones laborales habituales.

Designación previa

Comunicarle a su empleador por escrito, antes de lesionarse en el trabajo, que desea ser atendido por su médico particular en caso de sufrir una lesión laboral. Este médico debe ser su médico de cabecera y tiene que estar de acuerdo con ser elegido para la designación previa. Si usted hace una designación previa, se le permitirá ser atendido por su médico particular inmediatamente después de la lesión, en lugar de por un médico elegido por su empleador o por el administrador de reclamaciones. Usted puede hacer una designación previa solamente si su empleador le ofrece un plan de salud grupal o un seguro de salud grupal para condiciones médicas que no están relacionadas al trabajo. *Vea también “médico particular”.*

Disputa

Un desacuerdo acerca de los pagos, servicios u otros derechos y beneficios que le corresponden al trabajador.

Disputar

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

División de la Compensación del Trabajador o DWC (Division of Workers' Compensation) (DWC)

Una agencia estatal que administra las leyes de compensación del trabajador de California y les provee información y asistencia a los trabajadores lesionados y a otras personas acerca del sistema de compensación del trabajador.

El doctor que lo está atendiendo

Vea *“El médico que lo está atendiendo”*.

El médico de cabecera que lo está atendiendo

Vea *“El médico que lo está atendiendo”*.

El médico que lo está atendiendo

El médico que es responsable de administrar la atención médica del trabajador lesionado y que redacta informes médicos que pueden afectar los beneficios del trabajador. *También se lo llama “el médico de cabecera que lo está atendiendo” o “el doctor que lo está atendiendo”*.

Estipulaciones con Pedido de Adjudicación

Un tipo de acuerdo en el que el administrador de reclamaciones por lo general accede a continuar pagando por la atención médica para la lesión.

Evaluador médico acordado o AME (Agreed medical evaluator)

Un médico que es elegido entre el abogado del trabajador lesionado y el administrador de reclamaciones para llevar a cabo 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 que es elegido o por el trabajador lesionado o por su abogado o por el administrador de reclamaciones para llevar a cabo un examen médico y preparar un informe médico-legal para ayudar a resolver una disputa. Los QME son certificados por la División de la Compensación del Trabajador estatal.

Examinador de reclamaciones

Vea *“administrador de reclamaciones”*.

Factores objetivos

Mediciones, observaciones directas y resultados de análisis que el médico que lo está atendiendo, un QME o un AME describen como que contribuyen a la incapacidad permanente de un trabajador lesionado.

Factores subjetivos

La cantidad de dolor y otros síntomas que reporta un trabajador lesionado y que no pueden ser medidos ni observados directamente y que el médico describe como razones que contribuyen a la incapacidad permanente del trabajador.

Fecha de la lesión

Si la lesión fue causada por un incidente (una lesión específica), la fecha de lesión es la fecha del incidente. Si la lesión fue causada por estar expuesto repetidamente (una lesión acumulativa), la fecha de lesión es la fecha en la que el trabajador se dio cuenta o debería haberse dado cuenta de que la lesión fue causada por el trabajo.

Fondo para Empleadores Sin Seguro o UEF (Uninsured Employers Fund)

Una posible fuente de beneficios de compensación del trabajador para un trabajador lesionado cuyo empleador ilegalmente no tiene seguro en California. Estos beneficios son administrados por la División de la Compensación del Trabajador estatal.

Formulario de Reclamación (DWC-1)

Un formulario que usa el trabajador para informarle a su empleador acerca de una lesión o enfermedad laboral.

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 que el administrador de reclamaciones utiliza para proporcionarle un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo, o vale, a un trabajador lesionado que tiene una incapacidad permanente.

Funcionario de Información y Asistencia (I&A)

Un empleado de la División de la Compensación del Trabajador estatal que responde preguntas, ayuda a los trabajadores lesionados, provee materiales impresos, enseña clases informativas y lleva a cabo reuniones para resolver los problemas de las reclamaciones de manera informal. La mayoría de sus servicios están diseñados para ayudar a los trabajadores que no tienen un abogado.

Informe de condición permanente y estacionaria

Informe médico redactado por el médico que lo está atendiendo que describe la condición médica del trabajador lesionado cuando se ha estabilizado. *Vea también “permanente y estacionario”.*

Informe médico-legal

Un informe redactado por un médico que describe la condición médica de un trabajador lesionado. Estos informes son redactados para ayudar a clarificar los temas médicos que están siendo disputados.

Juez

Vea “Juez de leyes de administración de compensación del trabajador”.

Juez de compensación del trabajador

Vea “Juez de leyes de administración de compensación del trabajador”.

Juez de leyes de administración de compensación del trabajador

Un empleado de la División de la Compensación del Trabajador estatal que toma decisiones acerca de las disputas y aprueba acuerdos extrajudiciales. Tienen audiencias en las oficinas de la Junta de Apelaciones de la Compensación del Trabajador o WCAB (Workers' Compensation Appeals Board) y sus decisiones pueden ser revisadas y reconsideradas por la Junta de Apelaciones. *También se lo llama “juez de compensación del trabajador”.*

Junta de Apelaciones

Un grupo de siete comisionados que revisan y reconsideran las decisiones de los jueces de las leyes de administración de compensación del trabajador.

Junta de Apelaciones de la Compensación del Trabajador o WCAB (Workers' Compensation Appeals Board)

La Junta de Apelaciones y los jueces de leyes de administración de compensación del trabajador.

Lesión acumulativa

Una lesión que fue causada por eventos repetidos o por estar expuesto repetidamente en el trabajo. Por ejemplo: lastimarse la muñeca por hacer siempre el mismo movimiento, perder la capacidad auditiva por ruidos fuertes y constantes.

Lesión específica

Una lesión que fue causada por un incidente en el trabajo. Por ejemplo: lastimarse la espalda al caerse, quemarse con un producto químico que le salpica la piel, lesionarse en un accidente automovilístico mientras hace entregas.

Ley de Americanos con Incapacidades o ADA (Americans With Disabilities Act)

Una ley federal que prohíbe la discriminación contra las personas que tienen incapacidades. Las estipulaciones de empleo de la ADA son administradas por la Comisión de Igualdad de Oportunidades Laborales o EEOC (Equal Employment Opportunity Commission) de los Estados Unidos.

Ley de Equidad en el Empleo y la Vivienda o FEHA (Fair Employment and Housing Act)

Una ley estatal administrada por el Departamento de Equidad en el Empleo y la Vivienda de California que prohíbe la discriminación contra las personas con incapacidades. En algunas áreas, la FEHA brinda más protección que la Ley de Americanos con Incapacidades o ADA (Americans With Disabilities Act).

Ley de Permisos por Salud y Situaciones Familiares o FMLA (Family and Medical Leave Act)

Una ley federal administrada por el Ministerio de Trabajo de los EE.UU. que le exige a la mayoría de los empleadores que tienen 50 o más empleados otorgar permisos sin goce de sueldo, sin perder el trabajo, a los trabajadores con problemas de salud graves o que necesitan 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 pedicuro o un quiropráctico licenciado en California. *La definición de “médico particular” es diferente. Vea “médico particular”.*

Médico particular

Un médico licenciado en California y con un título de doctor en medicina (M.D.) o de doctor en osteopatía (D.O.) que ha atendido al trabajador lesionado en el pasado y que tiene su expediente médico. El médico debe ser un doctor en medicina general, internista, pediatra, obstetra-ginecólogo o de práctica familiar que sea su médico de cabecera. A partir del 1° de enero de 2007, la definición de “médico particular” incluirá a un grupo médico que presta servicios médicos integrales mayormente para el tratamiento de condiciones médicas no relacionadas con el trabajo.

Multa

Una multa que se le cobra a un empleador o a un administrador de reclamaciones y que se le paga al trabajador lesionado. Se puede referir a una multa automática del 10% por una demora en un pago o a una multa del 25%, hasta los \$10.000, por una demora sin justificación.

Oferta de Trabajo Modificado o Alternativo (RU-94)

Un formulario que un administrador de reclamaciones le envía a un trabajador que se lesionó antes del año 2004 si el médico que lo está atendiendo informa que el trabajador probablemente nunca podrá volver a su antiguo puesto de trabajo o condiciones laborales y el empleador le está ofreciendo trabajo modificado o alternativo en lugar de beneficios para rehabilitación vocacional.

Organización que provee atención médica o HCO (Health care organization)

Una organización certificada por la División de la Compensación del Trabajador estatal que hace un contrato con un empleador o con una compañía de seguro para proveer

atención médica administrada dentro del sistema de compensación del trabajador de California.

Pensión para rehabilitación vocacional o VRMA (Vocational rehabilitation maintenance allowance)

Pagos para ayudar con los gastos de mantenimiento mientras se encuentra en rehabilitación vocacional.

Permanente y estacionario (P&S)

El momento en el que un médico informa que la condición del trabajador lesionado se ha estabilizado, o que no se espera que mejore ni que empeore. *Vea también “Informe de condición permanente y estacionaria”.*

Presentar

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 la fecha en la que el documento es recibido.

Programa de Prevención de Lesiones y Enfermedades o IIPP (Injury and Illness Prevention Program)

Un programa de salud y seguridad que los empleadores deben desarrollar e implementar. La Cal/OSHA se encarga de hacer cumplir este requisito.

Reclamación aceptada

Una reclamación de compensación del trabajador en la que el administrador de reclamaciones está de acuerdo en que la lesión o la enfermedad del trabajador están cubiertas por la compensación del trabajador. Sin embargo, aunque una reclamación sea aceptada, podría haber demoras u otros problemas. *También se la llama “reclamación admitida”.*

Reclamación negada

Una reclamación de compensación del trabajador en la cual el administrador de reclamaciones considera que la lesión o la enfermedad del trabajador no están cubiertas por la compensación del trabajador y le ha informado al trabajador acerca de esta decisión.

Reconsideración

Un proceso legal para apelar una decisión hecha por un juez de leyes de administración de compensación del trabajador.

Reconsideración de una clasificación sumaria

Un proceso para determinar si hubo errores en la clasificación de incapacidad permanente de un trabajador lesionado que no tiene un abogado.

Red de proveedores médicos o MPN (medical provider network)

Un grupo de médicos y otros proveedores de atención médica elegidos por un empleador o por una compañía de seguro para atender a los trabajadores lesionados en el sistema de compensación del trabajador de California. Tienen que ser aprobados por la División de la Compensación del Trabajador estatal.

Rehabilitación vocacional

Un beneficio de compensación del trabajador para los trabajadores lesionados antes del año 2004 que no pueden hacer su trabajo habitual en forma permanente y cuyos empleadores no les ofrecen otro trabajo. Incluye orientación en colocación laboral para ayudarle al trabajador a encontrar otro trabajo. También puede incluir reorientación profesional y una pensión para rehabilitación vocacional.

Restricciones

Vea “Restricciones laborales”.

Restricciones laborales

Una descripción que hace un médico de los límites claros y específicos para las tareas laborales que puede hacer un trabajador lesionado, usualmente diseñadas para proteger al trabajador de nuevas lesiones.

Revisión de la utilización (UR)

El proceso utilizado por el administrador de reclamaciones para decidir si debe autorizar y pagar por el tratamiento recomendado por el médico que lo está atendiendo o por otro médico.

Salario semanal promedio del estado o SAWW (State average weekly wage)

El salario semanal promedio que fue pagado el año anterior a los empleados en California que tenían cobertura de seguro por desempleo, según los informes del Ministerio de Trabajo de los EE.UU.

Sección 132a del Código Laboral de California

Una ley estatal de compensación del trabajador que prohíbe la discriminación contra los trabajadores lesionados y los compañeros de trabajo que testifican en los casos de los trabajadores lesionados.

Seguro Estatal por Incapacidad o SDI (State Disability Insurance)

Asistencia financiera a corto plazo para trabajadores con incapacidades en California. Los trabajadores que tienen lesiones laborales pueden solicitar un SDI cuando los pagos de compensación del trabajador están demorados o son negados. Estos beneficios son administrados por el Departamento de Desarrollo de Empleos del estado.

Tasa de Clasificación de Incapacidades Permanentes (Schedule for Rating Permanent Disabilities)

Una publicación estatal que contiene información detallada que se utiliza para clasificar las incapacidades permanentes. Hay tres tasas de clasificación. *Vea el Capítulo 6.*

Trabajador lesionado calificado

Un trabajador que se lesionó antes del año 2004, que probablemente nunca pueda volver a su puesto de trabajo o condiciones de trabajo habituales y que probablemente pudiera conseguir un puesto de trabajo apropiado después de recibir servicios de rehabilitación vocacional.

Trabajo alternativo

Si el médico que lo está atendiendo informa que usted nunca se recuperará por completo o que nunca podrá volver al mismo puesto de trabajo o condiciones laborales que tenía antes de lesionarse, a su empleador se le permite ofrecerle trabajo alternativo en lugar de un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo o de beneficios para rehabilitación vocacional. Éste es un trabajo diferente a su antiguo puesto de trabajo. Debe cumplir con sus restricciones laborales, durar por lo menos 12 meses, pagar al menos el 85% del salario y de los beneficios que recibía cuando se lesionó y estar dentro de una distancia de viaje razonable de donde usted vivía cuando se lesionó.

Trabajo modificado

Si el médico que lo está atendiendo informa que usted nunca se recuperará por completo o que nunca podrá volver al mismo puesto de trabajo o condiciones laborales

que tenía antes de lesionarse, a su empleador se le permite ofrecerle trabajo modificado en lugar de un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo o de beneficios para rehabilitación vocacional. Para los trabajadores que se lesionaron durante o después del año 2004, éste es su antiguo puesto de trabajo con cambios que cumplen con las restricciones laborales; debe durar al menos 12 meses, pagar al menos el 85% del salario y de los beneficios que recibía cuando se lesionó y estar dentro de una distancia de viaje razonable del lugar donde usted vivía cuando se lesionó. Para los trabajadores que se lesionaron antes del año 2004, se aplican estos mismos requisitos excepto que el trabajo debe pagar el mismo salario y tener los mismos beneficios y estar en el mismo lugar que su antiguo trabajo.

Trabajo regular

Su antiguo trabajo, que paga el mismo salario y los mismos beneficios que pagaba cuando se lesionó y que está ubicado a una distancia de viaje razonable de donde usted vivía cuando se lesionó.

Tratamiento médico

Un beneficio de compensación del trabajador ofrecido al trabajador lesionado que sea “razonablemente necesario para curar o aliviar los efectos de la lesión”. También se le dice “*atención médica*”.

Unidad Médica

Una unidad de la División de la Compensación del Trabajador estatal que supervisa a las redes de proveedores médicos (MPN), a los médicos de revisión independiente (IMR), a las organizaciones que proveen atención médica (HCO), a los evaluadores médicos calificados (QME), los planes de revisión de la utilización (UR) y a los médicos de segunda opinión de cirugía de la columna vertebral.

Vale

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

Para ver una copia de esta guía, contacte a un funcionario de Información y Asistencia (I&A) de la División de la Compensación del Trabajador 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”.

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

NOTA: Esta guía provee una lista de varios recursos de información acerca de la compensación del trabajador. El hecho de que se hayan incluido en la lista no necesariamente quiere decir que estas personas, organizaciones o materiales sean avalados, aprobados o recomendados por el Estado de California.



La información incluida en esta guía es correcta para la mayoría de las situaciones. Sin embargo, existen algunas reglas, excepciones y fechas límite que no se mencionan aquí y que podrían ser pertinentes para usted y afectar su caso. Por ejemplo, un contrato sindical o un contrato obrero-patronal establecido podrían otorgarle derechos adicionales o tener diferentes procedimientos.

La información de esta guía describe el sistema de compensación del trabajador de California actualizado hasta la fecha (noviembre de 2006). Es pertinente para la mayoría de los trabajadores privados y de los gobiernos estatales y locales que se lesionaron durante o después del año 1994.

Muchas de las leyes de compensación del trabajador promulgadas en los últimos años todavía están siendo interpretadas. Se esperan importantes cambios en los próximos meses.

