

# Kit para investigación de accidentes

## Formularios para investigación de accidentes

1. Lista de verificación posterior al accidente
2. Informe de lesiones del empleado
3. Resumen de la investigación del accidente por parte el supervisor
4. Declaración de testigos sobre el incidente (2)
5. Formulario de autorización para comunicados médicos
6. Rechazo del tratamiento
7. Modelo de carta de uso de proveedores para el médico

AFGroup.com



 AccidentFund

 UnitedHeartland

 CompWest

 ThirdCoast Underwriters

Todas las pólizas son suscriptas por una filial de seguros autorizada de Accident Fund Holdings. Para obtener más información, visite [afgroup.com](http://afgroup.com). © AF Group.



# Lista de verificación posterior al accidente

## Si se produjo un traumatismo o un problema de salud grave, pida tratamiento médico o llame al 911 de inmediato.

En el caso de los accidentes que no sean una emergencia, asegúrese de que se derive a los empleados lesionados a la clínica laboral designada y de que se realicen las pruebas de detección de drogas y alcohol que requiera la política de la empresa. Informe al médico que la empresa intentará adaptar el trabajo a tareas modificadas, de ser necesario. Además, pídale al profesional que evalúe las capacidades laborales del empleado lesionado y/o las restricciones recomendadas para el trabajo.

## 1. Preserve el lugar del hecho y recopile datos.

Resgarse los equipos con fallas y evidencia que podría haber contribuido al incidente hasta que finalice la investigación del reclamo. Tome fotos del lugar del hecho o de las condiciones. Interrogue a las personas lesionadas para tener una idea completa de la gravedad de las lesiones. Pídale que expliquen y muestren de qué manera, en qué momento, dónde y por qué se produjeron las lesiones.

## 2. Entregue la siguiente documentación a los empleados lesionados:

*Los empleados lesionados deben completar todas las declaraciones escritas con sus propias palabras, además de firmarlas y fecharlas.*

- **Formulario del informe de lesión del empleado:** asegúrese de que la información del formulario coincida con la información recibida durante el interrogatorio. Hable sobre cualquier discrepancia para comprender la diferencia con lo expresado en el interrogatorio. Pídale al empleado que rectifique y aclare su declaración para que coincida con la explicación oral.
- **Autorización para comunicados médicos:** cuando se informe el incidente, las personas lesionadas deberán leer y firmar el formulario de autorización para comunicados médicos. Este documento nos permitirá obtener toda la información médica necesaria para avanzar de la manera más rápida posible con el proceso de manejo de reclamos.
- **Rechazo del tratamiento:** en el caso de que un empleado rechace el tratamiento médico con posterioridad a un incidente en el lugar de trabajo, infórmele que se presentará un incidente en la compañía de seguros y que esta podría comunicarse con él. Además, explíquelo que la empresa hará un seguimiento durante los días siguientes para confirmar que su afección esté mejorando y, con el tiempo, se haya recuperado por completo. Si necesita atención, la empresa lo ayudará para que la reciba. Si no necesita ningún tipo de atención, el empleado deberá firmar la parte inferior del Rechazo del tratamiento para afirmar que la lesión se resolvió sin recibir tratamiento y que todos pueden cerrar el expediente a sabiendas de que el empleado se encuentra bien. **Este proceso debe explicarse detalladamente la primera vez que el empleado rechace el tratamiento.**

## 3. Realice un resumen de la investigación.

*El supervisor debe completar todas las declaraciones escritas con sus propias palabras, además de firmarlas y fecharlas.*

- **Resumen de la investigación del accidente por parte del supervisor:** el informe debe incluir todos los detalles relevantes sobre el incidente y las fallas en los procesos, las herramientas y/o los sistemas. La declaración del supervisor debe reflejar sus propias conclusiones después de considerar todas las declaraciones y la evidencia física. *La declaración del supervisor debe reflejar sus propias conclusiones y el supervisor debe completarla con sus propias palabras, además de firmarla y fecharla.*

## 4. Identifique testigos y recopile declaraciones.

*Cada testigo debe completar una declaración escrita con sus propias palabras, además de firmarla y fecharla.*

- **Declaración del testigo sobre el incidente:** la declaración debe incluir detalles relevantes desde la perspectiva de todos los testigos. Implemente el mismo proceso de recopilación de declaraciones con todos los testigos.

## 5. Informe el incidente a la compañía de compensación de trabajadores.

Informar el incidente a la compañía de compensación de trabajadores (Accident Fund, United Heartland, Third Coast Underwriters o CompWest) dentro de las 24 horas posteriores al incidente ayuda a garantizar que los equipos de Reclamos inicien el procesamiento del incidente lo más rápido posible.

## 6. Otros detalles importantes para compartir con los empleados lesionados:

*Encuentre estos y otros recursos en nuestro sitio web.*

- Formulario para la primera provisión de medicamentos recetados, si se necesitan.
- Información sobre el procesamiento de reclamos a través de mensajes de texto (incluida las traducciones en tiempo real).
- Modelo de carta de uso de proveedores preferentes para que los médicos agilicen la continuidad de la atención de las personas lesionadas.)
- Acceso a la cuenta del Portal Digital del Cliente (DCP) para facturación, inscripción en la transferencia electrónica de fondos (EFT), recopilación de recibos, notas del responsable del procesamiento del reclamo, etc.



# Informe de lesiones del empleado

Formulario que debe completar el trabajador lesionado.

## CONTACTO

Nombre y apellido completos: \_\_\_\_\_  
 Calle: \_\_\_\_\_ Suite/dept./otro: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_  
 Teléfono residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Idioma principal: Inglés  Español  Polaco  Otro: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN PERSONAL

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Género: Masculino Femenino Prefiero no decirlo.  
 Estado civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a Otro: \_\_\_\_\_ Número de personas a cargo: \_\_\_\_\_ Especifique las fechas de nacimiento de las personas a cargo o deje en blanco si no corresponde: \_\_\_\_\_  
 En términos financieros, ¿es responsable de alguna otra persona? (S/N) \_\_\_\_\_ Si la respuesta es "Sí", indique de quién y por qué: \_\_\_\_\_

## EDUCACIÓN

Nivel más alto de educación completado: Nivel equivalente a secundaria (GED) Secundaria Título de dos años Título de cuatro años Título de grado o superior  
 ¿Dónde completó el nivel más alto de educación? \_\_\_\_\_  
 Especifique las especializaciones y certificaciones: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN LABORAL

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_ Fecha de contratación: \_\_\_\_\_  
 Cargo: \_\_\_\_\_ Paga semanal: \_\_\_\_\_ Tarifa por hora: \_\_\_\_\_ Horas por semana: \_\_\_\_\_ Salario (si corresponde): \_\_\_\_\_  
 ¿Trabaja horas extra? (S/N): \_\_\_\_\_ Si la respuesta es "Sí", ¿cuántas horas extra trabaja por semana? \_\_\_\_\_ ¿Las horas extra son obligatorias? (S/N) \_\_\_\_\_  
 ¿Es miembro de algún sindicato? (S/N): \_\_\_\_\_ Si la respuesta es "Sí", escriba el nombre del sindicato: \_\_\_\_\_ Año en el que se afilió al sindicato: \_\_\_\_\_ ¿Se lesionó como resultado del trabajo que realiza para el empleador que indicó más arriba? (Sí/No) \_\_\_\_\_ Si la respuesta es "Sí", especifique la pérdida de salario debido a la lesión: \_\_\_\_\_

## EMPLEO SECUNDARIO

Si tenía un trabajo secundario al momento de la lesión, indique el nombre, la dirección y el número de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_  
 Si es independiente o propietario de un negocio, indique el nombre de la empresa y el rubro: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE

Fecha y hora del incidente: \_\_\_\_\_ Dirección o ubicación exacta donde ocurrió: \_\_\_\_\_  
 Fecha en la que se informó al supervisor: \_\_\_\_\_ Nombre del supervisor al que se informó el incidente: \_\_\_\_\_  
 Supervisor a cargo en ese momento: \_\_\_\_\_  
 Describa paso a paso qué provocó el incidente y qué estaba haciendo cuando se lesionó: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Estaba realizando tareas laborales según instrucciones? (S/N): \_\_\_\_\_ Si la respuesta es "Sí", ¿quién le dio las instrucciones? \_\_\_\_\_  
 Si nadie le ordenó que hiciera la tarea, explique por qué estaba realizándola: \_\_\_\_\_  
 ¿Qué hubiese evitado la lesión? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Especifique las condiciones inseguras que contribuyeron a la lesión, si corresponde: \_\_\_\_\_  
 Si tuviese que hacer la misma tarea nuevamente, indique qué haría de forma diferente y por qué: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## FALLA EN UNA HERRAMIENTA O DISPOSITIVO (Si no corresponde, dejar en blanco).

¿Una falla en una herramienta o dispositivo contribuyó a la lesión o fue la causa de ella? (S/N) \_\_\_\_\_ Si la respuesta es "Sí", incluya una explicación: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Indique la marca, el modelo y el número de serie del fabricante: \_\_\_\_\_

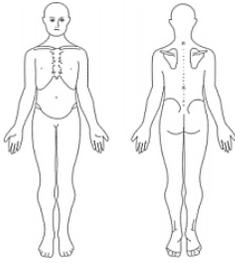
¿Se le indicó que usara la herramienta o el dispositivo? (S/N) \_\_\_\_\_ Si la respuesta es "Sí", ¿quién le indicó que usara la herramienta o el dispositivo? \_\_\_\_\_

¿Estaba siguiendo las instrucciones para un uso correcto? (S/N) \_\_\_\_\_ ¿Dónde se encuentra la herramienta o el dispositivo ahora? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



**DETALLES DE LA LESIÓN**

Indique con una flecha los traumatismos directos. Coloque una "X" donde sienta dolor y describa el tipo de dolor al lado del área afectada.



Especifique todas las partes del cuerpo lesionadas: \_\_\_\_\_

Describa el tipo o la naturaleza de la lesión en cada parte del cuerpo lesionada: \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN MÉDICA**

¿Estuvo hospitalizado? (S/N) \_\_\_\_\_ ¿En qué hospital? \_\_\_\_\_ ¿Durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Especifique todos los médicos y establecimientos que lo trataron por esta lesión (nombre, dirección, teléfono): \_\_\_\_\_

¿Quién es su médico de cabecera en la actualidad? (nombre, dirección, teléfono): \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la primera cita con el médico por esta lesión (sin incluir la hospitalización)? \_\_\_\_\_

¿Cuándo es la próxima cita con el médico por esta lesión? \_\_\_\_\_ ¿Se requiere un tratamiento a largo plazo o fisioterapia? (S/N) \_\_\_\_\_

**RESTRICCIONES LABORALES**

¿El médico le restringió la actividad laboral como resultado de esta lesión? (S/N) \_\_\_\_\_ Si la respuesta es "Sí", indique durante cuánto tiempo. Desde el \_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_

¿Un médico lo autorizó a dejar de trabajar por completo? (S/N) \_\_\_\_\_ Si la respuesta es "Sí", indique durante cuánto tiempo. Desde el \_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_

¿Tiene una fecha estimada de retorno al trabajo? (S/N) \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Presentó una nota del médico a su empleador? (S/N) \_\_\_\_\_

Si la respuesta es "Sí", ¿en qué fecha la presentó y a quién? \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS Y RESTRICCIONES LABORALES PREVIAS**

Especifique cualquier problema de salud de base que podría perjudicar su recuperación (como diabetes, hipertensión, etc.): \_\_\_\_\_

¿Alguna vez le realizaron una resonancia magnética o una tomografía computada? (S/N) \_\_\_\_\_ Si la respuesta es "Sí", ¿en qué partes del cuerpo se la realizaron, cuándo y cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_

¿Sufrió anteriormente alguna lesión en estas partes del cuerpo? (S/N) \_\_\_\_\_ Si la respuesta es "Sí", indique en qué parte del cuerpo, cuál fue el diagnóstico anterior y cuándo le dieron el alta por cada afección: \_\_\_\_\_

Indique quién trató cada afección: \_\_\_\_\_

¿Algún médico le indicó una restricción permanente? (S/N) \_\_\_\_\_ Si la respuesta es "Sí", especifique qué restricción es, quién la indicó y cuándo: \_\_\_\_\_

¿Solicitó los beneficios de compensación al trabajador con anterioridad? (S/N) \_\_\_\_\_ Si la respuesta es "Sí", indique dónde los solicitó, quién era el empleador en ese momento y qué lesión padecía. \_\_\_\_\_

**TESTIGOS**

Especifique todos los testigos de la lesión: \_\_\_\_\_

Los ingresos externos obtenidos mientras se recibían los beneficios de compensación al trabajador se deben informar de inmediato a la compañía de compensación de los trabajadores. Informe oportunamente a su empleador cualquier restricción que le hayan indicado para que la empresa intente hacer las adaptaciones que correspondan. Informe a su médico que debe indicar en cada cita qué trabajo es capaz de realizar o qué restricciones son necesarias, si corresponde. Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o de un beneficio o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeto a una multa de resarcimiento o condenado a prisión, o cualquier combinación de ambas.

**Confirмо que leí la información de esta hoja y que respondí a todas las preguntas de manera completa, veraz y según mi leal saber y entender.**

Nombre (letra imprenta): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Resumen de la investigación del accidente por parte del supervisor

## CONTACTO

Nombre: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Suite/dept./otro: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Nombre/ubicación del proyecto (si corresponde): \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo hace que trabaja en este lugar? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo lleva trabajando el empleado accidentado? \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO LESIONADO

Nombre del empleado lesionado: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del empleado lesionado: \_\_\_\_\_

Ocupación del empleado lesionado: \_\_\_\_\_

Tipo de lesión sufrida (corte, hueso quebrado, etc.): \_\_\_\_\_

Partes del cuerpo lesionadas (sea específico): \_\_\_\_\_

¿El empleado se ausentó al trabajo? (S/N) \_\_\_\_ Si la respuesta es "Sí", ¿cuántos días se ausentó? \_\_\_\_ ¿El empleado volvió a cumplir su horario de trabajo normal? (S/N) \_\_\_\_ Si la respuesta es "Sí", indique la fecha de retorno: \_\_\_\_ ¿Es o fue necesario modificar las tareas laborales? (S/N) \_\_\_\_ Si la respuesta es "Sí", incluya una explicación: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE

Fecha y hora del incidente: \_\_\_\_\_ Dirección exacta y detalles del lugar en el que ocurrió la lesión: \_\_\_\_\_

¿Qué tarea se estaba realizando en el momento que ocurrió el incidente? \_\_\_\_\_

¿Qué salió mal? \_\_\_\_\_

¿Se proporcionaron instrucciones adecuadas para la tarea? (S/N) \_\_\_\_ ¿El empleado estaba siguiendo las instrucciones en el momento que ocurrió el incidente? (S/N) \_\_\_\_ Explique con detalles: \_\_\_\_\_

¿El empleado estaba utilizando todos los equipos de seguridad y cumplía con los procedimientos de seguridad en el momento del siniestro? (S/N) \_\_\_\_ Explique con detalles: \_\_\_\_\_

¿Quién o qué contribuyó al accidente? Explique con detalles: \_\_\_\_\_

A partir de este accidente, ¿hay algo que hará diferente como supervisor? \_\_\_\_\_

## FALLA EN HERRAMIENTA O DISPOSITIVO (Recordatorio: siempre resguarde la evidencia y tome fotos. Omita esta sección si no corresponde).

Si se produjo una falla en una herramienta o un dispositivo, indique la marca, el modelo y el número de serie del fabricante: \_\_\_\_\_

¿Dónde se encuentra la herramienta o el dispositivo ahora? \_\_\_\_\_

¿Se le indicó al empleado que usara la herramienta o el dispositivo? (S/N) \_\_\_\_ Si la respuesta es "Sí", ¿se proporcionaron instrucciones para el uso correcto de la herramienta o el dispositivo? (S/N) \_\_\_\_ Si la respuesta es "Sí", ¿quién dio las instrucciones? \_\_\_\_\_

## TESTIGOS (Recordatorio: todos los testigos deben completar de manera independiente el formulario de Declaración del testigo sobre el incidente).

Especifique los nombres, las direcciones y los números de teléfono de todos los testigos: \_\_\_\_\_

Confirmando que respondí las preguntas de manera completa, veraz y según mi leal saber y entender.

Nombre (letra imprenta): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Declaración del testigo sobre el incidente

*Todos los testigos deben completar la declaración y firmarla. No incluya información que no haya visto o escuchado por usted mismo.*

Nombre y cargo del testigo: \_\_\_\_\_ Teléfono del testigo: \_\_\_\_\_

Dirección del testigo: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona lesionada: \_\_\_\_\_

Fecha y hora del incidente: \_\_\_\_\_ Vínculo con el empleado lesionado: \_\_\_\_\_

¿Vio cómo se produjo el incidente? (S/N) \_\_\_\_\_ Describa la naturaleza de las lesiones sufridas por el empleado lesionado: \_\_\_\_\_

Describa detalladamente lo que vio, cómo ocurrió el accidente e incluya los eventos relevantes que ocasionaron el incidente: \_\_\_\_\_

¿El incidente se podría haber evitado? (S/N) \_\_\_\_\_ Si la respuesta es "No", ¿cómo se podría haber evitado? \_\_\_\_\_

¿El empleado estaba utilizando todos los equipos de seguridad y cumplía con los procedimientos de seguridad en el momento del siniestro? (S/N) \_\_\_\_\_

Explique con detalles: \_\_\_\_\_

¿Quién o qué contribuyó al accidente? Explique con detalles: \_\_\_\_\_

Incluya cualquier otro detalle importante aquí: \_\_\_\_\_

**Confirmando que respondí las preguntas de manera completa, veraz y según mi leal saber y entender.**

Nombre (letra imprenta): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Declaración del testigo sobre el incidente

Todos los testigos deben completar la declaración y firmarla. No incluya información que no haya visto o escuchado por usted mismo.

Nombre y cargo del testigo: \_\_\_\_\_ Teléfono del testigo: \_\_\_\_\_

Dirección del testigo: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona lesionada: \_\_\_\_\_

Fecha y hora del incidente: \_\_\_\_\_ Vínculo con el empleado lesionado: \_\_\_\_\_

¿Vio cómo se produjo el incidente? (S/N) \_\_\_\_\_ Describa la naturaleza de las lesiones sufridas por el empleado lesionado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describa detalladamente lo que vio, cómo ocurrió el accidente e incluya los eventos relevantes que ocasionaron el incidente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿El incidente se podría haber evitado? (S/N) \_\_\_\_\_ Si la respuesta es "No", ¿cómo se podría haber evitado? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿El empleado estaba utilizando todos los equipos de seguridad y cumplía con los procedimientos de seguridad en el momento del siniestro? (S/N) \_\_\_\_\_

Explique con detalles: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Quién o qué contribuyó al accidente? Explique con detalles: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Incluya cualquier otro detalle importante aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Confirmando que respondí las preguntas de manera completa, veraz y según mi leal saber y entender.**

Nombre (letra imprenta): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Autorización para comunicados médicos

Autorizo incondicionalmente a todos los doctores en medicina, médicos colegiados, médicos generales, cirujanos, médicos osteópatas, quiroprácticos, cualquier establecimiento vinculado con la medicina, compañías de seguros, otras organizaciones, corporaciones, instituciones o personas que tengan registros, conocimiento o información, inclusive sobre mi salud mental o física, antecedentes, afecciones o bienestar, a suministrar toda esa información a mi empleador o sus aseguradoras, entre las que se incluyen Accident Fund Insurance Company of America, Accident Fund General Insurance Company, Accident Fund National Insurance Company, United Wisconsin Insurance Company, CompWest Insurance y Third Coast Underwriters, sus administradores de reclamos externos, abogados, consultores, enfermeros y proveedores que puedan participar en la evaluación y recopilación de información para determinar mi derecho a recibir beneficios en virtud de cualquier ley en materia de compensación de trabajadores o enfermedades profesionales, o en la coordinación del plan de rehabilitación médica o profesional. La autorización incluye, sin carácter restrictivo, el suministro y la entrega de copias reproducidas o fotográficas de notas, informes, registros, formularios de admisión e imágenes de diagnóstico.

Autorizo expresamente a cualquier médico u otro proveedor de atención médica tratante a comunicarse de manera verbal o escrita con las entidades descritas anteriormente en relación con mi atención y tratamiento pasados, presentes y futuros, y con cualquier otro asunto que incluya, entre otros, mi diagnóstico, pronóstico, la relación causal de cualquier lesión o condición de malestar con mi empleo, plan de tratamiento, naturaleza y alcance de la lesión, y mi capacidad para trabajar. Por la presente renuncio a cualquier privilegio médico-paciente que resulte de cualquier consulta, examen o tratamiento con o por parte de ustedes, y de cualquier regulación correspondiente en virtud de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos. Además, cualquier médico o proveedor médico tratante está autorizado a revisar y analizar los registros, imágenes de diagnóstico o la información adicional que se les provea.

Entiendo que las personas, organizaciones o entidades arriba mencionadas a las cuales autorizo a compartir y comunicar mi información no pueden condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para beneficios de atención médica basándose en mi decisión de firmar esta autorización. Soy consciente de que la ley federal no podrá proteger mi información una vez que se divulgue y que mi información podría compartirse con otras personas una vez que se divulgue. Entiendo que tengo derecho a anular esta autorización en cualquier momento y que dicha anulación debe hacerse por escrito. Soy consciente de que cualquier comunicación o acción realizada antes de la anulación de esta autorización no se verá afectada por la anulación.

Una fotocopia de esta autorización tendrá el mismo valor que el documento original. Esta autorización seguirá siendo válida mientras dure mi compensación de trabajador o reclamo por enfermedad profesional, a menos que se anule expresamente por escrito. Entiendo que, una vez firmada, se me entregará una copia de esta autorización.

### He leído y entiendo la información incluida en esta autorización médica y de comunicaciones.

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o de un beneficio o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeto a una multa de resarcimiento o condenado a prisión, o cualquier combinación de ambas.



## Rechazo del tratamiento

Nuestra política es proporcionar tratamiento médico inmediato y adecuado a los empleados en caso de lesiones relacionadas con el trabajo. Hay situaciones que surgen en las que puede darse aviso de una lesión y el tratamiento formal podría no ser necesario.

Cuando un empleado informa acerca de una lesión relacionada con el trabajo, la lesión se documentará y se ofrecerá tratamiento. El empleado puede expresar su preferencia por no recibir tratamiento médico formal. En el caso de que un empleado rechace el tratamiento médico, le pediremos al empleado que firme este documento para dejar constancia de su decisión. La empresa continuará supervisando la resolución de los reclamos o de la lesión hasta el momento en el que la afección se haya resuelto por completo. Se le solicitará al empleado dar el visto bueno de que la afección se resolvió por completo.

En el caso de que una afección no mejore pronto durante el período de supervisión o si la afección empeora, el empleado será derivado a una instancia de evaluación para garantizar que esté siendo atendido correctamente. Pueden existir situaciones en las que un empleado sea derivado a un examen de autorización médica con posterioridad al informe de una lesión aunque el empleado lesionado haya rechazado un tratamiento médico.

Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado lesionado \_\_\_\_\_

Nombre del supervisor: \_\_\_\_\_

Partes del cuerpo lesionadas: \_\_\_\_\_

**Rechazo el tratamiento médico en este momento. Si mi afección empeora o si cambio de opinión sobre el tratamiento, entiendo que debo informar a mi supervisor de inmediato.** Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del empleado lesionado: \_\_\_\_\_

Firma del supervisor: \_\_\_\_\_

**Mis lesiones se resolvieron por completo.** Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del empleado lesionado: \_\_\_\_\_

Firma del supervisor: \_\_\_\_\_



# Modelo de carta de uso de proveedores para el médico

Proporcionar información importante de manera anticipada a los médicos tratantes puede ayudar a mejorar el uso de un proveedor preferente y a agilizar y optimizar la continuidad de la atención de los trabajadores lesionados. **Para solicitar una carta con la información más reciente sobre facturación y derivación a proveedores, comuníquese con su representante de reclamos designado.**

17 de abril de 2023

Nombre del proveedor  
123 South Main Street  
Ciudad, estado, 48823

Correo electrónico/fax: xxx-xxx-xxxx

REF.:  
Fecha de nacimiento:  
Lesión/parte del cuerpo:  
Fecha de la lesión:  
Empleador:  
Número de reclamo:

Estimado médico responsable del paciente:

Tenemos un reclamo abierto y facturable para el trabajador lesionado mencionado en el formulario adjunto. Reenvíe una copia de las facturas y la historia clínica médica de la condición de salud relacionada con el trabajo para analizarla y aceptar el pago continuo del estado laboral y los registros médicos vía fax de acuerdo a lo que se indica en el formulario adjunto.

Nota: El empleador hará todo lo posible por devolver al trabajador lesionado el pago de los servicios médicos que no sean cubiertos por el seguro de salud de su empleador.

Si se necesitan servicios médicos, agilice el proceso iniciando una remisión de servicios médicos en el formulario adjunto. Una vez completada la derivación, el proveedor de servicios médicos debe tener contacto con el que suscribe para obtener una autorización oportuna cuando sea necesario. El uso de estos proveedores puede ser voluntario en algunos estados.

Si tiene preguntas, comuníquese con la persona que suscribe.

Atentamente,

[Información de contacto con número de fax]

Adjunto: informe de derivación de proveedor complementaria y facturación

United Heartland is the marketing name for United Wisconsin Insurance Company, a division of AF Group. All policies are underwritten by a licensed insurer subsidiary. For more information, visit [afgroup.com](http://afgroup.com). © AF Group.

### Información de derivación de proveedor complementaria y facturación

REF.:  
Fecha de nacimiento:  
Lesión/parte del cuerpo:  
Fecha de la lesión:  
Empleador:  
Número de reclamo:

**Servicios**

| Servicio   | Proveedor            | Teléfono     | Fax                | Correo electrónico              |
|--|----------------------|--------------|--------------------|---------------------------------|
| Fisioterapia   | Orchid Medical       | 877-225-6785 | 800-419-7194       | AFGroup@orchidmedical.com       |
| Pruebas diagnósticas magnéticas, ultrasonido                       | MTI America          | 800-777-9675 | 800-777-9675       | medriskreferrals@medrisknet.com |
| Equipo médico duradero (suministros médicos y atención domiciliar) | Optum                | 844-880-0665 | 800-419-7194       | owcaorders@optum.com            |
|  | VGA Homlink          | 877-711-3171 | 844-851-8419       | AFGroupHomelink@vigm.com        |
|  | MTI America          | 877-512-5742 | 954-343-1779       | afgroup@mtiamerica.com          |
|  | Call Care Management | 877-225-6785 | 804-394-8369       | AFGroup@onecall.com             |
|  | Orchid Medical       | 866-888-6724 | 866-246-8587       | referrals@orchidmedical.com     |
|  | MTI America          | 877-512-5742 | 954-343-1779       | afgroup@mtiamerica.com          |
|  | Northwood            | 877-684-9275 | 866-895-7207 x2550 | referral@northwoodinc.com       |
|  | Optum                | 844-880-0665 | 800-419-7194       | owcaorders@optum.com            |

**Farmacia**

| Farmacia                                | My Matrix |
|---|-----------|
| PCN                                     | WC        |
| Número de grupo de United Heartland     | KQSA      |
| Número de identificación bancaria (BIN) | 003858    |
| Procesador                              | A4        |

Las cremas compuestas requieren una carta de necesidad médica y autorización previa, excepto cuando se exctuya por ley.

**Facturación**

|  |  |
|--|--|
| Dirección de facturación de AF Group   | AF Group - Third Coast Underwriters<br>PO Box 40790, Lansing, MI 48911   |
| Las preguntas relacionadas con el estado de facturación deben realizarse a Relaciones con Proveedores al | 800-200-5851   |
| Centro de compensación de facturación médica electrónica   | WorkComp EDI<br>4250 Veterans Memorial Hwy. Ste. 301E<br>Holbrook, NY 11741  |
| Contacto del servicio de Atención al Cliente de WorkComp EDI   | Marisa Nappi<br>Teléfono: 88-297-8609 x1303 // Fax: 831-648-6023 // Correo electrónico: <a href="mailto:info@workcompedi.com">info@workcompedi.com</a> |
| Números de ID de pago de WorkComp EDI  | United Heartland      WB471  |

United Heartland is the marketing name for United Wisconsin Insurance Company, a division of AF Group. All policies are underwritten by a licensed insurer subsidiary. For more information, visit [afgroup.com](http://afgroup.com). © AF Group.