Dept. of Labor and Industries
Claims Section
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291
FAX (360) 902-6100

Dept. of Labor and Industries
Self Insurance
PO Box 44892
Olympia WA 98504-4892
FAX (360) 902-6900

SOLICITUD PARA REABRIR UN RECLAMO

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR
Complete la parte que le corresponde en su totalidad para acción inmediata

DEBIDO AL EMPEORAMIENTO DE LA CONDICIÓN
Número del reclamo

Importante:

Solamente use este formulario si su condición médica ha empeorado y su reclamo ha estado cerrado por más de 60 días. Si se pagan beneficios de tiempo perdido antes de que se tome una decisión de reapertura y su reclamo no se reabre, se requerirá que usted devuelva el pago de esos beneficios. Por favor escriba su número de reclamo arriba. Usted recibirá información sobre su solicitud de reapertura dentro de 90 días después de que el departamento haya recibido la solicitud de reapertura. Si usted sufre una **nueva** lesión en el trabajo, complete un nuevo formulario de Reporte de Lesión Industrial o Enfermedad Ocupacional en vez de esta solicitud.

1. Nombre (primero, medio, apellido)
2. ¿Cambió de nombre desde que se cerró el reclamo? Sí ☐ No ☐
   Si marcó sí, indique su nombre anterior
3. Nro. de teléfono de la casa.
4. Nro. de seguro social *(para identificación solamente)*
5. Dirección del domicilio actual
6. Dirección postal (si es diferente a la dirección de la casa)
7. Ciudad Estado Código postal
8. Ciudad Estado Código postal

8a. Prefiero que mi correspondencia vaya a mi representante Dirección Estado Código postal
Nombre:

9. Fecha de la lesión original
10. Empleador en la fecha de la lesión original
11. ¿Cuáles son sus condiciones físicas actuales?
12. Fecha de cierre del reclamo
13. ¿Fecha en que empeoró su condición después del cierre del reclamo?
14. Nombre completo del proveedor que le brindó tratamiento al cerrarse el reclamo
15. ¿Qué partes de su cuerpo están afectadas por esta lesión/enfermedad?
16. ¿Ha sufrido nuevas lesiones o enfermedades desde la fecha en que se cerró el reclamo?
    Sí ☐ No ☐ Si es sí, explique.
17. ¿Empeoró su condición debido a otra lesión o accidente ya sea en o fuera del trabajo?
    Sí ☐ No ☐ Si marcó sí, explique.
18. ¿Ha recibido cualquier tratamiento médico para esta condición desde el cierre del reclamo? Sí ☐ No ☐
19. Si marcó sí, indique el/los nombre(s) y dirección(es) de el/los proveedor(es) de tratamiento.
20. Proveedor médico Número de teléfono
    Dirección
    Ciudad Estado Código postal +4
21. Proveedor médico Número de teléfono
    Dirección
    Ciudad Estado Código postal + 4
22. ¿Ha solicitado usted o está recibiendo cualquiera de estos beneficios? (marque la(s) casilla (s) correcta(s))
    Desempleo ☐ Asistencia pública ☐
    Permiso por enfermedad ☐ Beneficios de jubilación ☐
    Seguro por discapacidad ☐
23. ¿Está usted trabajando? Sí ☐ No ☐
    Si no, ¿Por qué? Jubilado ☐ Incapacitado para trabajar ☐ Despedido ☐ Dejó de trabajar ☐
24. Fecha en que dejó de trabajar

¿Hay otro seguro de compensación industrial? (por ejemplo, Trabajadores del puerto (Longshore harbor workers), Ley Jones (Jones Act), Ferrocarril (Railroad) ☐ Si es aplicable, explique

24. Empleador actual o último
    Dirección Número de teléfono
    Ciudad Estado Código postal+4
25. Su título y deberes de trabajo
26. Tipo de negocio
27. ¿Por cuánto tiempo ha trabajado para este empleador?
28. ¿Qué otros empleos y títulos de trabajo ha tenido usted desde que se cerró su reclamo?

AVISO: Las personas que hagan declaraciones falsas para obtener beneficios de seguro industrial están sujetas a sanciones civiles y criminales. Certifico que a mi mejor entender y conocimiento que, la información es correcta. Mi firma en este formulario autoriza a los doctores, hospitales, clínicas u otros con información médica a entregarle mis archivos médicos al Departamento de Labor e Industrias y/o al empleador autoasegurado.

Fecha de hoy
Firma del reclamante
X

Dept. use only

RESET

CONTINUE PARA INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Número del reclamo

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR (complete el formulario en su TOTALIDAD)

Por favor complete este formulario y envíelo al Programa de Reclamos o de Empresas Autoaseguradas. Este nos permitirá determinar si la condición médica actual es causada por el empeoramiento de una lesión anterior. Un reclamo **solamente** puede reabrirse si ha habido un empeoramiento objetivo de la condición autorizada desde la fecha de cierre **y** el empeoramiento no ha sido causado por una condición preexistente o no relacionada o una nueva lesión. **No podemos pagarle por los servicios relacionados para reabrir el reclamo si usted no está participando en la Red de Proveedores Médicos de L&I.** Si usted es parte de la Red de Proveedores Médicos de L&I a usted se le pagará por la visita de oficina y estudios de diagnóstico necesarios para completar el formulario. Sin embargo, el pago de cualquier servicio adicional no autorizado por el Departamento dependerá de nuestra decisión de la solicitud de reapertura. Si el reclamo es reabierto, no se pagará por servicios proporcionados más de 60 días antes de recibir el formulario. **Conteste todas las preguntas completamente para asegurar una acción oportuna sobre esta solicitud de reapertura.** Por favor envíela por correo a la dirección apropiada en el reverso. No adjunte facturas a este formulario.

1. Por favor describa los síntomas actuales del paciente.

2. ¿Cuál fue la PRIMERA fecha después del cierre del reclamo en la que atendió al paciente por estos síntomas?

3. ¿Son los síntomas el resultado de la lesión cubierta?
☐ Sí ☐ No

4a. Indique todos los elementos de los resultados médicos actuales, incluyendo la historia, examen y resultados de los exámenes que confirmen un **empeoramiento** de la lesión industrial o enfermedad ocupacional que puede ser **medido (objetivo)** desde el cierre del reclamo o el último rechazo de la reapertura. **Adjunte los resultados de los exámenes**.

4b. ¿En qué información se basó para hacer la comparación para confirmar el empeoramiento? (marque una casilla)

☐ Proveedor al cerrarse el reclamo
☐ Revisión del archivo médico anterior
☐ Comunicación con el proveedor anterior
☐ Otro:

5. ¿La condición actual del paciente le impide trabajar?
Sí ☐ No ☐ Si su respuesta es sí, haga un estimado del número de días sin trabajar:

6. Fecha inicial de la discapacidad actual

7a. Describa las limitaciones físicas y/o restricciones que le impiden trabajar al paciente. Por favor proporcione la base para su opinión.

7b. ¿Puede el paciente regresar a trabajar con tareas modificadas o diferentes (trabajo liviano, trabajo sedentario o trabajo de tiempo parcial temporal)?

8. Indique todos los factores médicos que puedan impedir o influenciar la recuperación del paciente.

9. ¿Cuál es su plan de tratamiento curativo específico? Por favor incluya el tiempo de recuperación e indique cuando el paciente puede regresar a cualquier clase de trabajo.

10. Diagnóstico de la condición encontrada en el examen.

ICD Códigos	Nombre del proveedor médico (en letra imprenta)			Nro. de teléfono
	Dirección		Ciudad	Estado Código postal+4
	Fecha de hoy	Nro. de proveedor médico /# de NPI	Firma del proveedor médico **X**	

Es posible que se retrasen los beneficios si este formulario no se ha completado en su totalidad

Por favor quédese con una copia de esta solicitud de reapertura para sus archivos

RESET