**Hoja de Trabajo de Reclamo de Compensación para Trabajadores y**

**Responsabilidades de los empleados en cuanto a lesiones de trabajo**

**Por favor, lea atentamente antes de completar el formulario adjunto**

En el caso de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, notifique de inmediato al supervisor/ director (dentro de las 24 horas cuando sea posible) para obtener cualquier tratamiento médicamente necesario de un proveedor **autorizado** dentro de la red de compensación para trabajadores (consulte las opciones en la hoja de trabajo de reclamo). Deberá completar la **Compensación** de **Trabajadores Empleados** **adjunta en la Hoja de Trabajo de Reclamo**, firmar y fechar, y tener la firma de un supervisor. Este formulario debe llevarse a la secretaria de su departamento / escuela para completar la presentación de un reclamo de compensación de trabajadores.

***El tratamiento para una emergencia grave o potencialmente mortal puede ser recibido en cualquier centro de emergencia. Al salir de la sala de emergencias, diríjase a la clínica autorizada más cercana lo antes posible. Las salas de emergencias no pueden derivarlo a un especialista o a su propio médico. Las restricciones / tratamiento de trabajo se abordarán en la clínica.***

1. Una copia de su formulario de ***regreso*** al trabajo deberá ser devuelta a su supervisor inmediatamente después de regresar al trabajo. **Informe a su médico tratante autorizado que hay trabajos de transición modificados disponibles en su lugar de trabajo o dentro del distrito escolar.** Es su responsabilidad ponerse en contacto con su escuela / departamento, informarles de sus restricciones (si las hay) y confirmar que el servicio ligero está disponible. **No puede regresar al trabajo sin una autorización de un médico tratante autorizado.**
2. Si su médico tratante autorizado solicita visitas de seguimiento adicionales, pruebas ambulatorias o fisioterapia, es posible que deba programar esas citas fuera de su día de trabajo normal, ya que estas ausencias pueden no calificar para ser pagadas bajo la compensación de trabajadores. En algunos casos, las visitas de los especialistas pueden estar cubiertas si las horas de cita no están disponibles fuera de su horario.
3. Su médico tratante autorizado puede autorizar cualquier atención especializada adicional necesaria. **Tratamiento recibido sin aprobación de Davies (Johns Eastern Company) no está cubierto**
4. Los representantes de Johns Eastern se comunicarán con usted para ayudarlo con su reclamo. Por favor, asegúrese de tomar / devolver sus llamadas.
5. Las Escuelas del Condado de Pinellas tienen el derecho de elegir los proveedores médicos que lo tratarán.
6. La Compensación para Trabajadores también reemplazará parte de sus salarios perdidos si su médico autorizado dice que debe estar sin trabajo por un cierto período de tiempo debido a una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Es su responsabilidad notificar a su supervisor o secretario de la escuela / departamento de esta acción.
7. Si tiene una enfermedad o lesión que requiere que su ausencia se extienda más allá de diez días, comuníquese con su secretaria y complete una **Solicitud de permiso de ausencia**.

Comuníquese con Administración de Riesgos al 727-588-6196 si tiene alguna pregunta.

**EMPLEADO: GUARDE UNA COPIA DE ESTA PÁGINA**

**HOJA DE TRABAJO DE RECLAMO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES**

**EL RECLAMO TIENE QUE SER REPORTADO A LA SECRETARÍA DE LA ESCUELA O DEPARTAMENTO**

**Llame a Gestión de Riesgos al 727-588-6196 si no puede presentar un reclamo o asistencia**

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADO:**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_últimos 4 dígitos de SSN: \_\_\_­­­­

Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_ Tiempo de la lesión: \_\_\_\_

Hora de inicio del turno de trabajo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Hubo una lesión en las instalaciones del empleador? Yes\_\_\_\_\_No\_\_\_\_If no, dirección donde ocurrió la lesión: \_\_\_\_

¿Estabas haciendo tu trabajo habitual? Yes\_\_\_\_ No\_\_\_\_

Nombre de la escuela/Dept. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DEL EMPLEADO:**

En sus propias palabras, proporcione una descripción completa del accidente. Indique la(s) parte(s) específica(s) del cuerpo lesionada(s): sea específico usando "**izquierda**", "derecha", "**superior**", "**inferior**" como indicadores claros, es decir, "pulgar magullado en la mano derecha":

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Partes(s) del cuerpo lesionadas**: \_\_\_\_

**¿Alguna vez ha buscado tratamiento médico para esta parte del cuerpo en el pasado?**  Si\_\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tipo de tratamiento buscado? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del testigo/número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_

**¿Se solicita tratamiento médico?**  Si\_\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_

En **caso afirmativo**, consulte el centro de compensación para trabajadores autorizado a continuación en el que planea buscar tratamiento:

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_**Clearwater** (McMullen-Booth) - BayCare Urgent Cson | \_\_ **New Port Richey** (Trinity Village) - Suncoast Urgent Care |
| \_\_**Clearwater** (S. Belcher Rd) - BayCare Urgent Care | \_\_ **Palm Harbor** (US 19) - Atención de urgencia del médico |
| \_\_**Clearwater** (East Ulmerton Rd) - Concentra  | \_\_ **St. Pete** (33rd St. N) – Concentra |
| \_\_**Largo** (East Bay Dr) - Concentra | \_\_ **St. Pete** (4th St. N) - BayCare Urgent Care |
| \_\_**Largo** (Walsingham Rd) - BayCare Urgent Care | \_\_ **St. Pete** (Tyrone/66th St)- BayCare Urgent Care |
| \_\_**New Port Richey** (US 19) - BayCare Urgent Care | \_\_**St. Pete Beach** (Gulf Blvd) – Atención de urgencia de BayCare |
| \_\_ **New Port Richey** (Trinity East) – BayCare Urgent Care |  |

**Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier empleador o empleado, compañía de seguros o programa auto asegurado, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa comete fraude de seguros, punible según lo dispuesto en el Estatuto de Florida 817.234.**

**Firma del empleado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del supervisor \_\_\_\_\_\_\_**

**Por favor mantenga en el archivo del empleado. Envíe este formulario por fax a Risk Management (727) 588-6182 *solamente*** ***a petición*. La determinación de la compensación de reclamación aún no ha sido aceptada y está siendo investigada de conformidad con el Capítulo 440 del Estatuto de Florida.**