

Compensación de Trabajadores en California



**Guía para
Trabajadores
Lesionados**

Compensación de Trabajadores en California

Guía para Trabajadores Lesionados

Esta guía fue diseñada y producida por la Oficina del Director del Departamento de Relaciones Industriales (DIR, por sus siglas en inglés), con el apoyo de la División de Compensación de Trabajadores (DWC, por sus siglas en inglés) del estado de California. Se elaboró con base en la tercera edición de esta guía, elaborada en 2006 por el Instituto de Investigación sobre el Trabajo y el Empleo (IRLE, por sus siglas en inglés) y el Programa de Salud Laboral de la Universidad de California, Berkeley, para la Comisión de Salud y Seguridad y Compensación de Trabajadores, DIR.

Séptima edición actualizada, derechos reservados. © 2024 División de Compensación de Trabajadores. Se autoriza la reproducción total o parcial de esta guía con fines educativos. Se le ruega dar crédito al DIR y DWC.

Puede ver esta guía y descargarla en www.dir.ca.gov, www.dwc.ca.gov y www.dir.ca.gov/chswc/. Muchas bibliotecas públicas proveen acceso a Internet.

Para ver un ejemplar de esta guía, póngase en contacto con un funcionario de Información y Asistencia (I&A) de la División de Compensación de Trabajadores. Para obtener la dirección de un funcionario de I&A en su área, llame gratis al 1-800-736-7401, o consulte las Páginas del Gobierno en la parte delantera de las páginas blancas de una guía telefónica y busque: Oficinas del Gobierno del Estado/Relaciones Laborales/Compensación de Trabajadores/Información y Asistencia.

NOTA: Esta guía enumera varias fuentes de información sobre la compensación de trabajadores. La inclusión en esta lista no significa necesariamente que estas personas, organizaciones y materiales estén avalados, aprobados o recomendados por el estado de California.

ATENCIÓN

La información de esta guía es verdadera en la mayoría de las situaciones. No obstante, algunas reglas, excepciones y fechas límite que no se mencionan aquí podrían aplicarle a usted y modificar su caso. Por ejemplo, un contrato sindical o un acuerdo labrado (carve-out, en inglés) obrero patronal puede otorgar derechos adicionales o procedimientos diferentes.

La presente información describe el sistema de compensación de trabajadores de California al mes de mayo de 2024. Se aplica a la mayoría de los trabajadores del sector privado y de las administraciones estatales y locales cuya "fecha de lesión" sea de 2004 o posterior.



Katie Hagen, Directora



Stewart Knox, Secretario,
*Agencia del Desarrollo del Trabajo y la Fuerza Laboral
Estado de California*

Contenido

Introducción: Cómo usar esta guía	1
Capítulo 1: Aspectos básicos de la compensación de trabajadores	2
¿Qué es la compensación de trabajadores?	2
¿Cuáles son los beneficios?	2
Si me lesiono en el trabajo, ¿puedo recibir atención de mi médico regular?	2
¿Pueden hacer una designación previa todos los trabajadores?	3
Cómo hacer una designación previa	3
¿Existen normas diferentes para la designación previa si mi empleador o la aseguradora tienen un contrato con una organización de asistencia médica (HCO)?	4
¿Qué debo hacer si me lesiono en el trabajo o desarrollo un problema médico relacionado con el trabajo?	4
¿Cómo puedo evitar lesionarme en el trabajo?	4
Beneficios de la compensación de trabajadores: Ejemplos	5
Capítulo 2: Después de la lesión laboral	6
¿Qué debo hacer después de informar a mi empleador de mi lesión o enfermedad?	6
¿Qué sucede después de presentar el formulario de reclamo?	6
Si el administrador de reclamos no me ha contactado, ¿mi reclamo fue aceptado?	7
¿Quién decide qué tipo de trabajos puedo hacer mientras me recupero?	7
Tengo miedo de que me despidan a causa de mi lesión. ¿Mi empleador puede despedirme?	8
Además de los beneficios por compensación de trabajadores, ¿puedo recibir alguna otra ayuda económica?	8
Mantenga su reclamo en vías de resolverse	9
Capítulo 3: Atención médica	10
¿Quién paga mi atención médica?	10
¿Qué tipo de atención médica está disponible para los trabajadores lesionados?	10
¿Cuándo comienza mi atención médica?	11
¿Qué debería hacer si el administrador de reclamos no autoriza el tratamiento de inmediato?	11
Para atención de no emergencia, ¿quién puede tratarme inmediatamente después de lesionarme?	12
¿Puedo cambiar de doctor para el tratamiento?	13
¿Cómo puedo evitar problemas al conseguir el tratamiento apropiado?	14

Capítulo 4: Resolución de problemas con la atención e informes médicos	15
No estoy de acuerdo con un informe médico escrito por mi médico tratante principal u otro médico tratante. ¿Qué puedo hacer?	15
¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con el médico sobre el tratamiento necesario?	15
Cómo conseguir una evaluación médica	17
Estoy de acuerdo con el médico tratante sobre el tratamiento necesario. ¿Cuánto tiempo le tomará al administrador de reclamos decidir si autorizará o no el tratamiento?	18
¿El tratamiento recomendado por un médico tratante podría ser denegado?	19
No estoy de acuerdo con la decisión de negar el tratamiento. ¿Qué puedo hacer?	19
¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con el médico tratante en asuntos distintos al tratamiento?	20
¿Qué puede hacer el administrador de reclamos si no está de acuerdo con el médico tratante en asuntos distintos al tratamiento?	20
Capítulo 5: Beneficios por incapacidad temporal (TD)	21
¿Qué son los beneficios por incapacidad temporal?	21
¿Cuáles son los diferentes tipos de beneficios por TD?	21
¿Cómo se calculan los beneficios por TD?	21
¿Qué pagos recibo si estoy en TTD?	22
¿Qué pagos recibo si estoy en TPD?	23
¿Cuándo comienzan los pagos por TD?	23
¿Qué sucede si no recibo mis pagos a tiempo?	24
¿El administrador de reclamos está obligado a pagar una sanción por retrasos en los pagos por TD?	24
¿Cuándo terminan los pagos por TD?	25
Pagos por incapacidad total temporal: Algunos ejemplos	25
Capítulo 6: Trabajar para su empleador después de la lesión	26
¿Puedo quedarme a trabajar o regresar al trabajo, y qué trabajos puedo hacer?	26
¿Qué sucede mientras me recupero?	26
Mi empleador me asignó trabajo que parece infringir mis restricciones laborales. ¿Qué puedo hacer?	27
¿Qué sucede si no me recupero por completo?	27
¿Puedo regresar a trabajar para mi empleador incluso si no me he recuperado por completo?	28
Mi empleador no me ofrecerá o asignará el tipo de trabajo que yo quiero. ¿Qué puedo hacer?	30

Capítulo 7: Beneficios por incapacidad permanente	31
¿Qué son los beneficios por incapacidad permanente?	31
¿Qué es un informe P&S?	31
No estoy de acuerdo con el informe P&S. ¿Qué puedo hacer?	32
¿Qué es una clasificación?	32
¿Cómo se clasifica mi incapacidad?	33
No estoy de acuerdo con la clasificación otorgada por el administrador de reclamos. ¿Qué puedo hacer?	33
No estoy de acuerdo con la clasificación otorgada por el clasificador de incapacidad. ¿Qué puedo hacer?	34
¿Cómo se determinan los pagos por PD?	34
¿Cuándo recibo los pagos por PD?	35
¿Cómo se ven afectados mis pagos por PD si mi empleador me ofrece o no algún trabajo?	36
¿El administrador de reclamos está obligado a pagar una sanción por retrasos en los pagos por PD?	36
¿Podría resolverse mi caso por conciliación?	37
¿Y si no estoy de acuerdo con lo que ofrece el administrador de reclamos en la conciliación?	37
Capítulo 8: Beneficios por muerte	38
Cantidad del beneficio por muerte con base en el número de dependientes y en la fecha	38
Gastos fúnebres	38
Capítulo 9: Beneficios suplementarios por el desplazamiento de trabajo	39
Si sufrió la lesión en 2013 o después	39
¿Qué es un beneficio suplementario por el desplazamiento de trabajo?	39
¿Cuál es la cantidad en dólares de este beneficio?	39
¿Cómo puedo obtener este beneficio?	39
¿Cuándo recibo el vale?	40
¿A qué escuelas puedo asistir?	40
¿Qué asesores vocacionales o de regreso al trabajo puedo usar?	40
¿Cómo debo usar el vale para pagar mis gastos?	40
¿Hay una fecha límite para usar el vale?	40
Tengo un problema con mi beneficio suplementario por el desplazamiento de trabajo. ¿Qué puedo hacer?	40
Si sufrió la lesión en 2004 - 2012	41
¿Qué es un beneficio suplementario por el desplazamiento de trabajo?	41
¿Cuál es la cantidad en dólares de este beneficio?	41
¿Cómo puedo obtener este beneficio?	41
¿Cuándo recibo el vale?	41

¿A qué escuelas puedo asistir?	42
¿Qué asesores vocacionales o de regreso al trabajo puedo usar?	42
¿Cómo debo usar el vale para pagar mis gastos?	42
¿Hay una fecha límite para usar el vale?	42
Tengo un problema con mi beneficio suplementario por el desplazamiento de trabajo. ¿Qué puedo hacer?	42
Capítulo 10: Programa Suplementario de Regreso al Trabajo	43
¿Quiénes pueden recibir un suplemento de regreso al trabajo?	43
¿Cuál es la fecha límite para solicitarlo?	43
¿Cuál es la cantidad en dólares del suplemento de regreso al trabajo?	43
¿Cómo solicito el suplemento?	43
¿Qué información necesito para llenar una solicitud (además de mi nombre, dirección y número de teléfono)?	44
¿Qué sucede después de entregar mi solicitud?	44
¿Y si no estoy de acuerdo con la decisión de elegibilidad del RTWSP?	44
Capítulo 11: Más información y ayuda	45
Su empleador	45
El administrador de reclamos	45
División de Compensación de Trabajadores	45
Comisión de Salud y Seguridad y Compensación de Trabajadores (CHSWC)	46
Abogados de solicitantes	46
Su médico tratante principal	46
Organizaciones laborales	46
Clínicas de salud ocupacional	46
Organizaciones y agencias de salud y seguridad	46
Otras agencias estatales y federales: Ayuda económica	47
Otras agencias estatales y federales: Quejas por discriminación	47
Libros y otros materiales	48
Preguntas y respuestas sobre los servicios de Información y Asistencia	49
División de Compensación de Trabajadores (Oficinas de Información y Asistencia de DWC)	50
Preguntas y respuestas sobre abogados	51
Apéndice A: Leyes y regulaciones importantes.	51
Apéndice B: Glosario.	57

Introducción: Cómo usar esta guía

Esta guía le ofrece una descripción general del sistema de compensación de trabajadores de California. Su objetivo es ayudar a los trabajadores con lesiones laborales a entender sus derechos legales básicos, los pasos a seguir para solicitar beneficios de compensación de trabajadores y saber dónde buscar más información y ayuda si es necesario.

La información proporcionada en esta guía es verdadera en la mayoría de las situaciones. Pero el sistema de compensación de trabajadores es complicado. La guía no describe completamente muchas normas, excepciones y fechas límite que pueden aplicar a su caso.

Por ejemplo, si la fecha de su lesión fue anterior a 2004 o a las fechas de lesión que figuran en los distintos capítulos y secciones de esta guía, sus beneficios y los pasos a seguir pueden ser diferentes.

Además, un contrato sindical o un acuerdo labrado obrero patronal puede otorgar derechos adicionales o requerir procedimientos diferentes. (Para obtener más información sobre los acuerdos labrados, consulte *Cómo desarrollar un Acuerdo Labrado de Compensación de Trabajadores en California: Consejos prácticos para sindicatos y empleadores*, que se encuentra en el capítulo 11).

Todos los trabajadores deben leer el capítulo 1, Aspectos básicos de la compensación de trabajadores, sea que hayan sufrido una lesión de trabajo o no.

Si usted es un trabajador lesionado, debe leer el capítulo 2, Después de la lesión laboral. En ese capítulo, asegúrese de revisar "Mantenga su reclamo en vías de resolverse" (p. 9) para obtener consejos básicos sobre cómo hacerse cargo de su caso y proteger sus derechos, especialmente si tiene retrasos u otros problemas en el sistema de compensación de trabajadores.

Los siguientes capítulos tratan de los distintos tipos de beneficios de compensación de trabajadores, de los pasos que puede dar para resolver los problemas con la atención médica y los informes médicos, y de cómo seguir trabajando para su empleador. Puede leer algunos o todos estos capítulos, dependiendo de su situación particular:

Capítulo 3: Atención médica.

Capítulo 4: Resolviendo problemas con la atención e informes médicos.

Capítulo 5: Beneficios por incapacidad temporal.

Capítulo 6: Trabajar para su empleador después de la lesión.

Capítulo 7: Beneficios por incapacidad permanente.

Capítulo 8: Beneficios por muerte.

Capítulo 9: Beneficios suplementarios por el desplazamiento de trabajo.

Capítulo 10: Programa Suplementario de Regreso al Trabajo.

Dado que esta guía no puede abarcar todas las posibles situaciones a las que se enfrentan los trabajadores lesionados, en el capítulo 11, Más información y ayuda, se incluyen recursos adicionales. Los recursos incluyen agencias gubernamentales, abogados, proveedores de atención médica, sindicatos y grupos de apoyo, así como libros y otros materiales. Debería usar estos recursos para saber más sobre la compensación de trabajadores o para obtener ayuda personalizada con su caso.

Encontrará más información en los dos apéndices. El apéndice A contiene una lista de las leyes y regulaciones que rigen sus derechos y obligaciones. También explica dónde puede ver estas leyes y regulaciones. El apéndice B contiene un glosario que explica brevemente muchos de los términos usados comúnmente en el ámbito de la compensación de trabajadores.



Esta edición de la guía describe el sistema de compensación de trabajadores al mes de septiembre de 2023. Los trabajadores que leen esta guía también deberían revisar las actualizaciones publicadas en el sitio web de la División de Compensación de Trabajadores (DWC): www.dwc.ca.gov.

Capítulo 1: Aspectos básicos de la compensación de trabajadores



¿Qué es la compensación de trabajadores?

Si se lesiona en el trabajo, su empleador está obligado por ley a pagarle beneficios de compensación de trabajadores. Podría lesionarse por:

- **Un suceso en el trabajo.** Ejemplos: lesión de espalda por caída, quemadura por salpicadura de un producto químico, accidente de tráfico en una entrega.
O por:
- **Exposiciones repetidas en el trabajo.** Ejemplos: lastimarse la mano, la espalda u otra parte del cuerpo por hacer el mismo movimiento una y otra vez, perder la audición por ruidos fuertes y constantes.

La compensación de trabajadores cubre algunas lesiones relacionadas con el estrés (psicológicas) causadas por el trabajo, pero no todas. Además, la compensación podría no cubrir las lesiones informadas al empleador después de que el trabajador fue informado de que va a ser despedido. Para obtener más información sobre lo que está cubierto, use los recursos del capítulo 11.

¿Cuáles son los beneficios?

Entre estos, tenemos los siguientes:

Atención médica. Pagada por su empleador, para ayudarle a recuperarse de una lesión o enfermedad causada por el trabajo. Incluye las consultas con el médico y otros servicios de tratamiento, análisis, medicamentos, equipos y gastos de viaje razonablemente necesarios para tratar su lesión.

Beneficios por incapacidad temporal. Pagos que recibe si pierde salario porque su lesión le impide realizar su trabajo habitual mientras se recupera.

Beneficios por incapacidad permanente. Pagos que recibe si no logra recuperarse por completo y su lesión ocasiona una pérdida permanente de una función física o mental que puede ser evaluada por un médico.

Beneficios por muerte. Pagos entregados a su cónyuge, hijos u otros de sus dependientes si fallece como consecuencia de una lesión o enfermedad laboral.

Beneficio suplementario por el desplazamiento de trabajo. Se trata de un vale que le ayuda a pagar nuevos cursos de capacitación o la mejora de sus competencias si es elegible para recibir beneficios por incapacidad permanente, su empleador no le ofrece trabajo y no regresa a trabajar para éste. Este beneficio está disponible para los trabajadores lesionados en 2004 o después. Si su lesión también se produjo en 2013 o después y usted recibió un beneficio suplementario por el desplazamiento de trabajo, también puede ser elegible para un pago único adicional bajo el Programa Suplementario de Regreso al Trabajo.

Para ver un ejemplo de los pagos por compensación de trabajadores, consulte la página 5.

Si me lesiono en el trabajo, ¿puedo recibir atención de mi médico regular?

Depende de si comunica a su empleador **por escrito –antes** de lesionarse– el nombre y la dirección de su médico personal o de un grupo médico. A esto se le llama "designación previa". Si hace una designación previa, puede acudir a su médico personal o al grupo médico inmediatamente después de lesionarse.

Cómo hacer una designación previa

Para designar previamente a su médico personal (si tiene derecho a ello), debe notificarlo por escrito a su empleador. Puede preparar su propio documento escrito, usar el formulario opcional DWC 9783 proporcionado por la División de Compensación de Trabajadores, o usar el formulario proporcionado por su empleador. Puede descargar el formulario DWC 9783 en https://www.dir.ca.gov/dwc/FORMS/DWCForm_9783_Spanish.pdf.

Nota: Si su empleador o la aseguradora tienen un contrato con una organización de asistencia médica (HCO, por sus siglas en inglés), debe usar un formulario distinto, lo cual se explica en la página siguiente.

Asegúrese de incluir la siguiente información:

1. Nombre de su empleador.
2. Una declaración indicando que designa a su médico personal para ser el proveedor de atención médica si resulta lesionado durante sus actividades de trabajo. Indique el nombre, dirección y número telefónico de su médico.
3. Su nombre.
4. Su firma.
5. La fecha.

Puede designar previamente a un doctor en medicina (MD, por sus siglas en inglés) o doctor en osteopatía (DO, por sus siglas en inglés) que lo haya tratado en el pasado y tenga su expediente médico. El médico debe ser un médico general, internista, pediatra, ginecobstetra o médico familiar que sea su médico de atención primaria.

No puede designar de antemano a su quiropráctico o acupunturista personal, pero si da a su empleador el nombre de su quiropráctico o acupunturista personal por escrito antes de lesionarse, puede cambiar a este quiropráctico o acupunturista, si lo solicita, después de ver primero a un médico elegido por un administrador de reclamos (una persona que gestiona los reclamos de compensación de trabajadores para su empleador).

También puede designar previamente a un grupo médico si éste cumple con los siguientes criterios:

- Está conformado por doctores en medicina (MD) o en osteopatía (DO) con licencia.
- Ofrece y coordina tanto atención primaria como atención de otras especialidades médicas.
- Generalmente tratan condiciones que no están relacionadas con el trabajo.

No puede hacer una designación previa a menos que el médico o el grupo médico que designe acepte de antemano tratarlo por lesiones y enfermedades laborales. Puede documentar el acuerdo haciendo que el médico, un empleado del médico o un empleado del grupo médico firme el formulario de designación previa, o mediante algún otro tipo de documentación. Incluya la documentación cuando entregue el formulario de designación previa o la declaración a su empleador.

Si hace una designación previa, puede acudir a su médico personal o al grupo médico inmediatamente después de lesionarse.

¿Pueden hacer una designación previa todos los trabajadores?

Sólo puede hacer una designación previa si, en la fecha de la lesión, tiene cobertura de asistencia médica para condiciones médicas no relacionadas con el trabajo. Si no tiene esta cobertura, no tiene derecho a la designación previa.

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

Sí. Una organización de atención médica (HCO) es una organización certificada por la División de Compensación de Trabajadores para proporcionar atención médica gestionada a los trabajadores lesionados. Si su empleador o la aseguradora tienen un contrato con una HCO, deben entregarle el formulario DWC 1194 dentro de los 30 días posteriores a su fecha de contratación y al menos una vez al año. Puede usar este formulario para designar previamente a su médico, quiropráctico o acupunturista personal. No está obligado a demostrar que su médico ha aceptado la designación previa. Si no realiza una designación previa cada vez que se le entregue este formulario, su empleador lo inscribirá en la HCO y recibirá tratamiento por lesiones relacionadas con el trabajo en la HCO.

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

Informe a su empleador acerca de la lesión o enfermedad. Asegúrese de que su supervisor u otra persona de la administración lo sepa lo antes posible. Si su lesión o enfermedad se desarrolló gradualmente (como la tendinitis o la pérdida de audición), infórmelo en cuanto sepa o crea que ha sido causada por su trabajo. Informar con prontitud ayuda a evitar problemas y retrasos a la hora de recibir sus beneficios, incluida la atención médica. Si su empleador no se entera de su lesión en un plazo de 30 días, podría perder el derecho a recibir beneficios de compensación de trabajadores.

Si su lesión es consecuencia de haber sido víctima de un delito, puede tener derecho a beneficios adicionales a través del Programa de Compensación a las Víctimas de California. Para obtener más información, use los recursos del capítulo 11.

Obtenga atención de emergencia si es necesario. Si se trata de una emergencia, llame al 911 o acuda de inmediato a una sala de urgencias. Su empleador debe asegurarse de que usted tenga acceso a tratamiento de emergencia de inmediato y éste puede decirle a dónde ir para recibir tratamiento. Informe al personal médico de que su lesión o enfermedad está relacionada con el trabajo.

Para conocer los otros pasos, consulte el capítulo 2.

¿Cómo puedo evitar lesionarme en el trabajo?

Es mejor prevenir las lesiones antes de que sucedan. Los empleadores de California están obligados a tener un Programa de Prevención de Lesiones y Enfermedades. El programa debe incluir capacitación para los trabajadores, inspecciones en el lugar de trabajo y procedimientos para corregir las condiciones inseguras con prontitud. Lea el programa de su empleador y participe en éste. Si se enfrenta a una condición insegura, infórmela a su empleador y a su sindicato. Si ellos no le dan una respuesta, llame a Cal/OSHA, la agencia estatal que hace cumplir las leyes de salud y seguridad.

¿Lo sabía?

- La atención médica debe correr a cargo de su empleador si se lesiona en el trabajo, tanto si falta al trabajo como si no.
- Puede ser elegible para recibir beneficios aunque sea un trabajador temporal o a tiempo parcial.
- Podría estar cubierto por la compensación de trabajadores como empleado aunque se le denomine "contratista independiente".
- No tiene que ser residente legal en Estados Unidos para recibir la mayoría de los beneficios de compensación de trabajadores.
- Recibirá beneficios sin importar quién provocó su lesión de trabajo.
- No podrá demandar a su empleador por una lesión de trabajo (en la mayoría de los casos).
- Es ilegal que su empleador lo castigue o despida por haberse lesionado en el trabajo o por solicitar beneficios de compensación de trabajadores cuando usted crea que la lesión fue causada por su trabajo.

Beneficios de la compensación de trabajadores: Ejemplos

Beneficios por incapacidad total temporal

FECHA DE LA LESIÓN	PAGOS MÍNIMOS	PAGOS MÁXIMOS
2017	\$175.88 por semana	\$1,172.57 por semana
2018	\$182.29 por semana	\$1,215.27 por semana
2019	\$187.71 por semana	\$1,251.88 por semana
2020	\$194.91 por semana	\$1,299.43 por semana
2021	\$203.44 por semana	\$1,356.31 por semana
2022	\$230.95 por semana	\$1,539.71 por semana
2023	\$242.86 por semana	\$1,619.15 por semana

Beneficios por incapacidad permanente: Ejemplos

Los siguientes son sólo ejemplos. Se aplican a los trabajadores que ganaban más de \$435 por semana antes de la lesión y cuyo empleador tiene menos de 50 empleados. Los ejemplos no están ajustados en función de la edad, la ocupación u otros factores causantes de la incapacidad (prorratio).

INCAPACIDAD	LESIONADO EN 2005-12	LESIONADO EN 2013	LESIONADO EN 2014
Pérdida total de la visión en un ojo, visión normal en el otro ojo.	\$19,665.00 (total)	\$27,312.50 (total)	\$34,437.50 (total)
Amputación del dedo índice en la articulación media.	\$6,210.00 (total)	\$7,877.50 (total)	\$9,932.50 (total)

Beneficios suplementarios por el desplazamiento de trabajo

FECHA DE LA LESIÓN	BENEFICIO MÁXIMO
2004–12	\$4,000 a \$10,000, dependiendo de la clasificación de la incapacidad permanente
2013 o posterior	\$6,000

Muerte: Ejemplos que involucran a tres o más dependientes en total

Los siguientes son sólo ejemplos. Los beneficios también están disponibles si hay menos de tres dependientes en total o si hay dependientes parciales.

Gastos fúnebres:

Fecha de la lesión antes del 2013: hasta \$5,000

Fecha de la lesión en 2013 o después: \$10,000

Beneficios por muerte si hay tres o más dependientes en total:

Fecha de la lesión en 2006 o después: \$320,000 (total)

(Independientemente de los importes indicados anteriormente, los beneficios por muerte pagados a un hijo dependiente continúan hasta que cumpla los 18 años. Si el hijo tiene alguna discapacidad física o mental, los beneficios continuarán hasta el fallecimiento del hijo).

Capítulo 2: Después de la lesión laboral



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

Tras informar de su lesión y recibir tratamiento de emergencia si fue necesario (consulte el capítulo 1), siga los pasos que se indican a continuación.

Llene un formulario de reclamo y entrégueselo a su empleador

Su empleador debe entregarle o enviarle por correo un formulario de Solicitud de Compensación de Trabajadores (DWC 1) en el plazo de un día laboral después de haber informado de su lesión o enfermedad (o de que su empleador se entere). Este formulario sirve para solicitar beneficios de compensación de trabajadores. Si su empleador no le da un formulario de reclamo, puede pedirselo a un funcionario de Información y Asistencia. Llame al 1-800-736-7401 para recibir más información.

Lea toda la información que acompaña al formulario de reclamo. Llene y firme la parte del formulario correspondiente al "empleado". Describa su lesión por completo. Incluya todas las partes del cuerpo afectadas por la lesión. Entregue el formulario a su empleador. A esto se le conoce como "presentar" el formulario de reclamo. Hágalo inmediatamente para evitar posibles problemas con su reclamo. Si envía el formulario por correo a su empresa, use correo certificado o de primera clase y compre un acuse de recibo.

Reciba una buena atención médica

Usted debe recibir atención de un médico que entienda el tipo específico de su lesión o enfermedad. En el capítulo 3 se explica cómo se elige a este médico, denominado "médico tratante principal". La función de este médico es:

- Recetar el tipo de atención correspondiente a su lesión o enfermedad laboral y gestionar su atención en general.
- Ayudar a determinar cuándo puede regresar al trabajo.
- Ayudar a identificar los tipos de trabajos que puede realizar de manera segura mientras se recupera.
- Derivarlo a especialistas si es necesario.
- Escribir informes médicos que ayudarán a determinar los beneficios que se le otorgarán.

Informe al médico de sus síntomas y de los acontecimientos laborales que cree que los provocaron. Describa también su trabajo y su entorno laboral.

¿Qué sucede después de presentar el formulario de reclamo?

Su empleador debe llenar y firmar la parte para el "empleador" del formulario y entregarla debidamente llenada a un administrador de reclamos. Ésta es la persona encargada de manejar los reclamos de compensación de trabajadores de su empleador. (La mayoría de los administradores de reclamos trabajan para compañías de seguros u otras organizaciones que gestionan los reclamos de los empleadores. Algunos administradores de reclamos trabajan directamente para grandes empleadores que se encargan de sus propios reclamos. A esta persona también se le puede llamar examinador o ajustador de reclamos). Su empleador debe entregarle o enviarle por correo una copia del formulario debidamente llenado en el plazo de un día laboral después de que usted lo haya presentado. **Guarde esta copia.**

El administrador de reclamos debe decidir en un plazo razonable si acepta o rechaza su reclamo.

Si desea conocer algunos consejos sobre cómo mantener su reclamo en vías de resolverse, consulte la página 9. Consulte también el capítulo 11.

"Aceptar" el reclamo significa que el administrador de reclamos está de acuerdo en que su lesión está cubierta por la compensación de trabajadores. Si su solicitud es aceptada, recibirá atención médica pagada por su lesión. También podría ser elegible para recibir pagos de compensación por los salarios perdidos. Para obtener más información sobre estos pagos, consulte el capítulo 5.

"Rechazar" el reclamo significa que el administrador de reclamos considera que su lesión no está cubierta por la compensación de trabajadores. Si el administrador de reclamos le envía una carta rechazando su reclamo, usted tiene derecho a impugnar su decisión. No se demore, porque hay **fechas límite** para presentar los documentos necesarios. Para obtener ayuda con su reclamo, use los recursos del capítulo 11.

Si el administrador de reclamos no me ha contactado, ¿mi reclamo fue aceptado?

El administrador de reclamos debe decidir en un plazo razonable si acepta o rechaza su reclamo. Si tiene preguntas acerca de una demora en su reclamo, use los recursos del capítulo 11. Si el administrador de reclamos no le envía una carta rechazando su reclamo dentro de los 90 días después de que usted presentó el formulario o informó sobre su lesión, su reclamo se considera aceptado en la mayoría de los casos.

¿Quién decide qué tipo de trabajos puedo hacer mientras me recupero?

Su médico tratante principal tiene la responsabilidad de emitir un informe médico que explique lo siguiente:

- Los tipos de trabajo que puede realizar mientras se recupera y los que no.
- Los cambios que serán necesarios en su horario o actividades de trabajo.

Usted, su médico tratante principal, su empleador y su abogado (si lo tiene) deben revisar la descripción de su puesto de trabajo y hablar sobre los cambios necesarios en el mismo. Por ejemplo, su empleador podría darle un horario de trabajo reducido o pedirle que dedique menos tiempo a determinadas tareas. Consulte el capítulo 6.

Si usted no está de acuerdo con su médico tratante principal, debe escribirle sin demora al administrador de reclamos acerca de su desacuerdo o podría perder derechos importantes. Para revisar los pasos que debe seguir si no está de acuerdo con un informe médico, consulte el capítulo 4.

NOTA

En el formulario del reclamo, verá un mensaje en el que se le informa que es ilegal que alguien cometa fraude para:

- Obtener beneficios o pagos por compensación de trabajadores; o
- Denegar dichos beneficios a un trabajador lesionado.

El fraude es un crimen. Esta ley se aplica a todos los que participan en el sistema de compensación de trabajadores, incluidos los trabajadores lesionados, los empleadores, los administradores de reclamos, los médicos y los abogados.

Para denunciar un fraude, póngase en contacto con la oficina de la fiscalía del distrito o con el Departamento de Seguros de California (DOI, por sus siglas en inglés).

Puede llamar a la línea gratuita del DOI al 1-800-927-4357 y solicitar el número telefónico de la oficina más cercana de su División de Fraudes. También consulte el sitio web del DOI: www.insurance.ca.gov/0300-fraud/0100-fraud-division-overview/.

Tengo miedo de que me despidan a causa de mi lesión. ¿Mi empleador puede despedirme?

Es ilegal que su empleador lo castigue o despida por haberse lesionado en el trabajo o por presentar un reclamo de compensación de trabajadores cuando usted crea que la lesión fue causada por su trabajo. También es ilegal que su empleador castigue o despida a compañeros de trabajo que testifiquen en su caso. El Código Laboral de California (artículo 132a) prohíbe este tipo de discriminación.

Además, la Ley Federal de Ausencia Médica y Familiar (FMLA, por sus siglas en inglés) y la Ley de Derechos Familiares de California (CFRA, por sus siglas en inglés) establecen que los empleadores con 50 o más empleados deben permitirle tomar un permiso no remunerado de hasta 12 semanas, sin perder su trabajo, si necesita ausentarse por una enfermedad grave.

Si no se recupera totalmente de su lesión, la Ley Federal de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) y la Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda de California (FEHA, por sus siglas en inglés) le prohíben al empleador discriminarlo por una discapacidad grave.

Si cree que su puesto de trabajo está amenazado, busque a alguien que pueda ayudarlo. Use los recursos del capítulo 11. Tenga en cuenta que existen fechas límite para actuar en defensa de sus derechos.

Además de los beneficios por compensación de trabajadores, ¿puedo recibir alguna otra ayuda económica?

Otros tipos de asistencia que podrían estar disponibles son los siguientes:

- Los beneficios del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI, por sus siglas en inglés) son pagados por el Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD, por sus siglas en inglés) cuando los pagos de compensación de trabajadores están retrasados o son rechazados. En caso de que haya un problema con su reclamo de compensación de trabajadores, se recomienda que solicite los beneficios del SDI aunque esté recibiendo beneficios del administrador de reclamos. Asegúrese de informar al EDD de su reclamo de compensación de trabajadores. Estos beneficios pueden verse reducidos por recibir pagos de compensación de trabajadores.
- Beneficios de incapacidad del Seguro Social pagados por la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) de EE.UU. por incapacidad total (estos beneficios pueden verse reducidos por recibir pagos de compensación de trabajadores).
- Beneficios ofrecidos por empleadores y sindicatos, como permisos por enfermedad, seguro médico grupal, seguro de incapacidad a largo plazo (LTD, por sus siglas en inglés) y planes de continuación salarial.
- Un reclamo o demanda judicial si su lesión fue causada por otra persona distinta a su empleador. Para obtener más información acerca de estos otros tipos de asistencia, use los recursos del capítulo 11.



Mantenga su reclamo en vías de resolverse

Sea que tenga un problema o no:

- **Lleve buenos registros.** Es probable que llene y reciba muchos formularios y otros documentos. Guarde copias de *todo*, ¡incluidos los sobres con sus sellos!
 - Tome nota de todas las conversaciones que mantenga con las personas involucradas en su reclamo.
 - Lleve un registro de su estado de salud y de cómo afecta a su capacidad para trabajar.
 - Solicite por escrito que el administrador de reclamos le entregue copias de todos los informes médicos y otros documentos.
 - Guarde los talones de pago y las hojas de asistencia antes y después de su lesión que muestren sus ingresos, las fechas en que trabajó y cuándo estuvo fuera del trabajo.
 - Lleve un registro de los gastos de su bolsillo que podría cubrir la compensación de trabajadores (como recetas o gastos de transporte a citas médicas).
- **Busque más información sobre la compensación de trabajadores.** Las leyes y procedimientos de la compensación de trabajadores son complicados. Lo que aplica a otro trabajador lesionado puede no aplicarse a usted. Conozca cuáles son sus derechos y no tenga miedo de hacer preguntas. Use los recursos del capítulo 11.

Muchos trabajadores lesionados obtienen sus beneficios rápidamente, sin ningún problema. Otros se enfrentan a problemas y retrasos. En esta página, le damos consejos para que se haga cargo de su caso y se asegure de que sus derechos estén protegidos.

Si tiene alguna inquietud, comuníquela. Vea si **su empleador** o el **administrador de reclamos** pueden llegar a un acuerdo para resolver el problema. Si esto no funciona, no demore en buscar ayuda. Intente lo siguiente:

- **Póngase en contacto con un funcionario de Información y Asistencia.** Los funcionarios de Información y Asistencia responden a las preguntas y ayudan a los trabajadores lesionados. Pueden facilitar información y formularios y ayudar a resolver problemas. El DWC también ofrece talleres virtuales gratuitos para trabajadores lesionados o empleadores. Si desea más información, llame a la Unidad de Información y Asistencia al 1-800- 736-7401; *sitio web:* https://www.dir.ca.gov/dwc/workshop/Workshop_Spanish.htm.
- **Consulte con un abogado.** Los abogados que representan a los trabajadores lesionados en sus casos de compensación de trabajadores se denominan abogados de solicitantes. Su trabajo consiste en proteger sus derechos, planificar una estrategia para su caso, recopilar información para apoyar su reclamo, hacer un seguimiento de las fechas límite y representarlo en las audiencias ante un juez de compensación de trabajadores. Para obtener más información, consulte la página 56. Puede obtener los nombres de los abogados de solicitantes en el Colegio de Abogados del Estado de California (región norte **1-415-538-2000** o región sur 1-213-765-1000; *sitio web:* www.calbar.ca.gov), un colegio de abogados local o la Asociación de Abogados de Solicitantes de California (**1-800-648-3132** dentro de California; *sitio web:* www.caaa.org).
- **Contacte a su sindicato.** Su sindicato puede ayudarle a resolver problemas, informarle sobre otros beneficios, negociar los cambios necesarios en su puesto de trabajo, protegerlo de la discriminación laboral y remitirlo a servicios jurídicos.
- **Represéntese a usted mismo.** Si no puede obtener ayuda de los recursos anteriores, puede preparar su propio caso y solicitar una audiencia ante un juez de compensación de trabajadores. Para obtener instrucciones, póngase en contacto con un funcionario de Información y Asistencia (consulte anteriormente).

Capítulo 3: Atención médica



Si desea conocer algunos consejos sobre cómo mantener su reclamo en vías de resolverse, consulte la página 9. Consulte también el capítulo 11.

¿Quién paga mi atención médica?

Su empleador paga la atención médica por su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, ya sea a través de una póliza de seguro de compensación de trabajadores o por estar autoasegurado. El administrador de reclamos paga las facturas médicas. Usted nunca debería recibir una factura médica, siempre y cuando haya presentado un formulario de reclamo y su médico sepa que la lesión está relacionada con el trabajo.

Es ilegal que un médico o centro médico facture a un trabajador si sabe que la lesión está o puede estar relacionada con el trabajo. Esta ley se encuentra en el artículo 3751(b) del Código Laboral de California.

¿Qué tipo de atención médica está disponible para los trabajadores lesionados?

La ley de compensación de trabajadores de California exige que los administradores de reclamos autoricen y paguen la atención médica "razonablemente necesaria para curar o aliviar" los efectos de la lesión. Esto significa una atención que siga directrices de tratamiento médico con base científica.

Directrices y formularios de tratamiento médico en California

Las directrices de tratamiento médico usadas en California se encuentran en el programa de utilización de tratamiento médico (MTUS, por sus siglas en inglés) publicado por la División de Compensación de Trabajadores (DWC). El MTUS actual incluye directrices de tratamiento del Colegio Americano de Medicina Ocupacional y Ambiental (ACOEM, por sus siglas en inglés). El MTUS se actualiza con frecuencia para incluir las directrices de tratamiento más recientes de ACOEM.

Las directrices de tratamiento médico están diseñadas para ayudar a los médicos a brindar el tratamiento adecuado. Esto incluye asesorar y orientar al trabajador lesionado sobre cómo permanecer activo mientras se recupera e informar al empleador sobre los tipos de cambios en el trabajo que se necesitan para promover la recuperación. Dichos cambios podrían implicar diferentes asignaciones de trabajo, horas de trabajo reducidas u otras adaptaciones que sean seguras y apropiadas para la lesión en particular.

Además de las directrices de tratamiento, el MTUS también incluye un formulario que le brinda a su médico información fácil de usar sobre medicamentos para ayudarlo a seleccionar aquellos medicamentos que se recomiendan en las directrices de tratamiento y que han demostrado ser eficaces.

Si su doctor recomienda un tratamiento que no está en las directrices

Algunos trabajadores lesionados tienen condiciones médicas que requieren tratamientos que no están cubiertas en las directrices de tratamiento del MTUS. Si su médico recomienda un tratamiento que no se encuentra en esas directrices, el administrador de reclamos debe pagar el tratamiento si éste sigue otras directrices con base científica que generalmente son reconocidas por la comunidad médica nacional. (Algunas directrices de tratamiento, por ejemplo, están disponibles en línea en el sitio web del Centro Nacional de Intercambio de Directrices: www.ahrq.gov).

Si su caso se resuelve mediante conciliación para un futuro tratamiento médico

Si usted y el administrador de reclamos resolvieron su caso de compensación de trabajadores con un acuerdo de que continuará recibiendo atención médica por su lesión, las directrices y reglas de tratamiento médico descritas anteriormente aún se aplican a usted. Las directrices y reglas se aplican a **todos** los tratamientos, incluso en los casos que se resolvieron antes de que se agregaran directrices de tratamiento médico a la ley de compensación de trabajadores.

Límites en las consultas de quiropráctica, fisioterapia y terapia ocupacional

Si la fecha de su lesión es en 2004 o después, tiene un límite de 24 consultas con el quiropráctico, 24 consultas de fisioterapia y 24 consultas de terapia ocupacional para su lesión (excepto las citas bajo las directrices de tratamiento posquirúrgico anteriores), a menos que el administrador de reclamos autorice consultas adicionales por escrito. Además, independientemente de la fecha de su lesión, puede estar sujeto a otros límites en estas consultas según las directrices de tratamiento médico descritas anteriormente.

¿Cuándo comienza mi atención médica?

Si se trata de una emergencia, su empleador debe asegurarse de que usted tenga acceso a tratamiento de emergencia de inmediato. Para atención que no sea de emergencia, el administrador de reclamos debe autorizar el tratamiento dentro de un día laboral después de que usted presente el formulario de reclamo. Mientras investiga su reclamo, él o ella debe autorizar el tratamiento necesario hasta por \$10,000.

¿Qué debería hacer si el administrador de reclamos no autoriza el tratamiento de inmediato?

Hable con su supervisor, con alguien más en la gerencia o con el administrador de reclamos sobre la ley que requiere tratamiento médico inmediato. Esta ley se encuentra en el artículo 5401(c) del Código Laboral de California. Solicite la autorización del tratamiento en este momento, mientras espera una decisión sobre su reclamo.

Si el administrador de reclamos no autoriza el tratamiento, use su propio seguro médico para obtener atención médica. Su aseguradora médica solicitará un reembolso al administrador de reclamos.

Si no tiene seguro médico, intente encontrar un médico, clínica u hospital que lo atienda sin pago inmediato. Ellos buscarán obtener el reembolso de parte del administrador de reclamos.

Para impugnar la decisión del administrador de reclamos de no autorizar el tratamiento, solicitar sanciones o presentar una queja, consulte el capítulo 4.

¿Lo sabía?

- Su empleador debe publicar información sobre sus derechos de compensación de trabajadores, incluido el derecho a designar previamente a su médico personal en caso de lesión laboral.
- Si su empleador o la aseguradora crearon una red de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés), el empleador o la aseguradora deben brindarle información por escrito sobre los derechos, procedimientos y servicios mientras recibe tratamiento dentro de la red.
- Tiene derecho a solicitar y recibir copias de todos los informes médicos que afecten sus beneficios.
- Tiene derecho a que otra persona esté presente durante un examen médico o a grabar el examen. **Nota:** Si planea grabar el examen, debe informárselo al médico.

Para atención de no emergencia, ¿quién puede tratarme inmediatamente después de lesionarme?

Depende de si su empleador o la aseguradora ha creado una red de proveedores médicos (MPN) o tiene un contrato con una organización de atención médica (HCO) para tratar a los trabajadores lesionados, y si usted ha designado previamente a su médico personal o un grupo médico.

Si designó previamente a su médico personal o a un grupo médico

Los trabajadores con cobertura de atención médica por condiciones no relacionadas con el trabajo pueden designar previamente a su médico personal o a un grupo médico antes de sufrir una lesión. Para obtener información sobre cómo hacer esta designación previa, consulte el capítulo 1. Si hizo una designación previa, puede acudir a su médico personal o al grupo médico inmediatamente después de lesionarse.

Si existe una red de proveedores médicos (MPN)

Una MPN es un grupo de médicos y otros proveedores de atención médica que tratan a trabajadores lesionados. Las MPN deben ser aprobadas por la División de Compensación de Trabajadores (DWC). Un empleador o aseguradora que tenga una MPN debe brindarle información sobre la MPN por escrito.

Si su empleador o aseguradora tiene una MPN, en la mayoría de los casos usted será tratado primero en la MPN después de sufrir la lesión, a menos que usted haya designado previamente a alguien.

Si hay un organización de atención médica (HCO)

Una HCO es una organización certificada por la DWC que contrata con un empleador o aseguradora para proporcionar atención médica administrada a los trabajadores lesionados. La mayoría de los empleadores y aseguradoras *no* tienen contratos con las HCO. Un empleador o aseguradora que tenga un contrato con una HCO debe entregarle a los empleados un formulario preparado por la División de Compensación de Trabajadores, el formulario 1194 de la DWC, para permitirles elegir si desean inscribirse en la HCO o no. Este formulario debe entregarse a los empleados de nuevo ingreso dentro de los 30 días posteriores a la fecha de contratación y a los empleados actuales al menos una vez al año. El formulario se encuentra en el Código de Regulaciones de California, Título 8, artículo 9779.4, y se puede descargar. (Para ver las instrucciones sobre cómo acceder a las regulaciones, consulte el Apéndice A).

Si su empleador o aseguradora tiene un contrato con una HCO, en la mayoría de los casos usted será tratado primero en la HCO después de sufrir una lesión, a menos que usted haya designado previamente a alguien.

Si *no* hay una MPN o HCO

Si su empleador o la aseguradora no tiene una MPN y no tiene un contrato con una HCO, en la mayoría de los casos el administrador de reclamos puede elegir al médico que lo atienda primero después de sufrir una lesión, a menos que usted lo haya designado previamente.

Otras situaciones en las que puede elegir quién lo tratará inmediatamente después de una lesión

A veces, un trabajador lesionado tiene derecho a elegir el médico tratante principal, incluso si no lo designó previamente:

- Si su empleador no publicó la información requerida sobre sus derechos de compensación de trabajadores y no le ofreció tratamiento después de enterarse de su lesión, puede acudir a su médico personal inmediatamente después de lesionarse.
- Si su empleador o la aseguradora le envían a un tratamiento completamente inadecuado o se niegan a proporcionarle la atención necesaria, puede acudir a un médico de su elección. Este no tiene que ser su médico personal.

Si cree que se aplica una de estas situaciones y le gustaría que su médico personal u otro médico de su elección lo tratara, obtenga ayuda de inmediato para evitar una posible disputa sobre quién puede elegir al médico. Use los recursos del capítulo 11.

¿Puedo cambiar de doctor para el tratamiento?

Sí. Sin embargo, sus opciones dependen de si recibe tratamiento en una red de proveedores médicos (MPN) o en una organización de atención médica (HCO) y si designó previamente a su médico personal.

Opciones si está recibiendo tratamiento en una MPN

Si está siendo tratado en una MPN, después del primer examen médico por su lesión, se le permite cambiar a otro médico dentro de la MPN, y puede cambiar nuevamente cuando sea razonable hacerlo. Su empleador o la aseguradora deben brindarle información por escrito sobre cómo hacer esto y, a partir del 1 de enero de 2014, ofrecerle servicios para ayudarlo a encontrar un médico disponible. En la mayoría de los casos, no se le permite cambiar a un médico que no esté dentro de la MPN.

Opciones si está recibiendo tratamiento en una HCO

Si está recibiendo tratamiento en una HCO, puede cambiar al menos una vez a otro médico dentro de la HCO. La HCO debe permitirle escoger al médico dentro de los 5 días posteriores a su solicitud de cambio.

Si está cubierto por un seguro médico proporcionado por su empleador, 180 días después de que su lesión o enfermedad haya sido informada a su empleador, podrá cambiar a un médico fuera de la HCO. Si usted **no** está cubierto por un seguro médico proporcionado por el empleador, se le permite cambiar a un médico fuera de la HCO 90 días después de que su lesión o enfermedad haya sido informada a su empleador.

Cuando cambia a un médico fuera de la HCO, el nuevo médico puede ser un médico, osteópata, psicólogo, acupunturista, optometrista, dentista, podólogo o quiropráctico. (Sin embargo, un quiropráctico no puede ser su médico tratante después de haber recibido el número máximo de consultas al quiropráctico, como se describe en la página 11). Usted o el nuevo médico deben proporcionar al administrador de reclamos el nombre y la dirección del médico. Esto le permite al administrador de reclamos obtener informes médicos y pagar su atención médica. Puede volver a cambiar de médico cuando sea razonable hacerlo.

Opciones si **no** está recibiendo tratamiento en una MPN o HCO y **no** realizó una designación previa

Si **no** está recibiendo tratamiento en una MPN o HCO y **no** designó previamente a su médico personal, tiene derecho a cambiar a un nuevo médico una vez durante los primeros 30 días después de informar su lesión o enfermedad a su empleador. Sin embargo, el administrador de reclamos generalmente puede elegir al nuevo médico. Pero si le dio a su empleador el nombre de su quiropráctico o acupunturista personal por escrito antes de lesionarse, puede cambiar a su quiropráctico o acupunturista si lo solicita, después de primero consultar a un médico elegido por el administrador de reclamos. (Sin embargo, un quiropráctico no puede ser su médico tratante después de haber recibido el número máximo de consultas con el quiropráctico, como se describe en la página 11).

Después de 30 días, puede cambiar a un médico de su elección si aún necesita atención médica y su empleador o aseguradora aún no han creado una MPN. El nuevo médico puede ser médico, osteópata, psicólogo, acupunturista, optometrista, dentista, podólogo o quiropráctico. (Un quiropráctico estará sujeto al número máximo de consultas descritas en la página 11). Usted o el nuevo médico deben proporcionar al administrador de reclamos el nombre y la dirección del médico. Esto le permite al administrador de reclamos obtener informes médicos y pagar su atención médica. Puede volver a cambiar de médico cuando sea razonable hacerlo.

Opciones si está recibiendo tratamiento de un médico personal previamente designado

Si hay una MPN: Si está siendo tratado por un médico que usted designó previamente y su empleador o la aseguradora tiene una MPN, puede cambiar otra vez a un nuevo médico dentro de la MPN si es razonable hacerlo. Su empleador o la aseguradora deben brindarle información escrita sobre cómo seleccionar un médico dentro de la MPN y, a partir del 1 de enero de 2014, ofrecerle servicios para ayudarle a encontrar un médico disponible. Sin embargo, su médico personal designado previamente puede derivarlo a otro médico fuera de la MPN para consultar o recibir tratamiento especializado.

Si hay una HCO: Si está siendo tratado por un médico que usted designó previamente y su empleador o aseguradora tiene un contrato con una HCO, puede cambiar a un nuevo médico dentro de la HCO. Puede cambiar nuevamente dentro de la HCO y luego consultar a un médico fuera de la HCO como se describió anteriormente en “Opciones si está recibiendo tratamiento en una HCO”.

Si no hay una MPN o HCO: Si está siendo tratado por un médico que usted designó previamente y su empleador o aseguradora no tienen una MPN ni tienen un contrato con una HCO, puede cambiar de médico como se describió anteriormente en “Opciones si no está recibiendo tratamiento en una MPN o HCO y no realizó una designación previa”.

¿Cómo puedo evitar problemas al conseguir el tratamiento apropiado?

Comprenda el plan de tratamiento de su médico tratante principal y solicite copias de todos los informes médicos sobre su lesión escritos por su médico tratante principal y cualquier especialista. Estos informes, que los médicos deben enviar al administrador de reclamos, describen la naturaleza de su lesión, las causas de la lesión, el tratamiento necesario y los tipos de trabajo que puede realizar mientras se recupera. El médico y el administrador de reclamos deben darle copias si las solicita (excepto en algunos casos cuando la solicitud es para registros de salud mental). Si tiene preguntas sobre un informe en particular, hable con el médico.

Capítulo 4: Resolución de problemas con la atención e informes médicos

No estoy de acuerdo con un informe médico escrito por mi médico tratante principal u otro médico tratante. ¿Qué puedo hacer?

Si tiene preguntas sobre un informe en particular, consulte con su médico tratante principal o con el otro médico. A veces, diferentes médicos tienen opiniones diferentes sobre la causa de una lesión, el tratamiento necesario, el tipo de trabajo que puede realizar mientras se recupera u otras preguntas. Tiene derecho a impugnar un informe médico.

¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con el médico sobre el tratamiento necesario?

Si no está de acuerdo sobre el tratamiento necesario, tiene derecho a obtener la opinión de otro médico. Los pasos a seguir para obtener otra opinión dependen de si recibe atención dentro de una red de proveedores médicos (MPN), una organización de atención médica (HCO), o ninguna de las dos.

Nota: Siga los pasos que se describen a continuación solo para impugnar una opinión sobre los tipos de pruebas o tratamientos médicos que usted necesita. Si desea impugnar otro tipo de opinión en un informe médico, como una opinión sobre las causas de su lesión o los tipos de trabajo que puede realizar, consulte las páginas 17 y 20.

Pasos a seguir si está recibiendo tratamiento en una MPN

Si recibe atención dentro de una MPN y desea impugnar el tratamiento recetado por un médico que lo está tratando, primero considere cambiar a otro médico dentro de la MPN. Su empleador o aseguradora deben brindarle información por escrito sobre cómo cambiar de médico dentro de la MPN. Intente llegar a un acuerdo con el nuevo médico.

Si no puede llegar a un acuerdo con el nuevo médico, puede obtener opiniones de hasta dos médicos más dentro de la MPN. Éstas se denominan segunda y tercera opinión. Su empleador o la aseguradora deben darle información por escrito sobre cómo hacerlo. Debe programar citas para ver a estos médicos dentro de los 60 días posteriores a recibir la lista de médicos disponibles del administrador de reclamos. Si no programa las citas dentro de los 60 días, corre el riesgo de perder el derecho a obtener la opinión de otros médicos.

Si no está de acuerdo con el segundo y tercer médico, puede obtener una revisión médica independiente organizada por la División de Compensación de Trabajadores (DWC). Si ese médico está de acuerdo con usted sobre el tratamiento necesario, puede obtener el tratamiento de un médico fuera de la MPN.



Si desea conocer algunos consejos sobre cómo mantener su reclamo en vías de resolverse, consulte la página 9. Consulte también el capítulo 11.

Pasos a seguir si está recibiendo tratamiento en una HCO

Si recibe atención dentro de una HCO y desea impugnar el tratamiento recetado por un médico que lo está tratando, primero considere cambiar a otro médico dentro de la HCO. La HCO debe permitirle escoger al médico dentro de los 5 días posteriores a su solicitud de cambio. Intente llegar a un acuerdo con el nuevo médico.

Si no puede llegar a un acuerdo con el nuevo médico, puede obtener la opinión de otro médico dentro de la HCO. Si no está de acuerdo con este médico, puede pedirle a la HCO que resuelva la disputa. La HCO debe utilizar un “procedimiento de quejas acelerado” para emitir una decisión por escrito dentro de los 30 días, o antes si su condición requiere una decisión más rápida.

Pasos a seguir si no está recibiendo tratamiento en una MPN o HCO

Si *no* está recibiendo atención dentro de una MPN o HCO y desea impugnar el tratamiento recetado por un médico que lo está tratando, primero considere cambiar a otro médico (consulte las páginas 13 y 14).

Si no puede cambiar o no puede llegar a un acuerdo con el nuevo médico, puede seguir los pasos a continuación:

1. Envíe una carta al administrador de reclamos indicando que no está de acuerdo con el informe médico.

- Si *no* tiene un abogado, debe enviar la carta dentro de los 30 días posteriores a la recepción del informe.
- Si tiene un abogado, su abogado debe enviar la carta dentro de los 20 días posteriores a la recepción del informe.

Si la carta no se envía dentro de la fecha límite aplicable, corre el riesgo de perder el derecho a impugnar la opinión del médico tratante.

2. Obtenga una opinión o evaluación médica de otro doctor.

Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte la página siguiente.

Cómo conseguir una evaluación médica

Si *no* tiene un abogado:

- Después de recibir su carta indicando que no está de acuerdo con un informe médico, el administrador de reclamos debe enviarle un formulario e instrucciones sobre cómo seleccionar un evaluador médico calificado (EMC). Los EMC son médicos certificados por la División de Compensación de Trabajadores (DWC) para realizar evaluaciones médicas en casos de compensación de trabajadores.
- Después de que el administrador de reclamos le envíe el formulario y las instrucciones, tiene 10 días para llenar el formulario y enviarlo por correo postal al DWC. Al llenar el formulario, deberá seleccionar la especialidad médica del EMC. Después de que el DWC le envíe una lista, tiene 10 días para elegir un EMC de la lista, programar una cita para ser examinado por éste e informar al administrador de reclamos su elección y la hora de la cita. Si no cumple con estas fechas límite, el administrador de reclamos tendrá derecho a elegir al médico que debe usted consultar a partir de la lista.

Si tiene un abogado:

- Su abogado y el administrador de reclamos pueden llegar a un acuerdo respecto a un médico llamado evaluador médico acordado (AME, por sus siglas en inglés). Los AME no están obligados a estar certificados por el DWC.
- Si resultó lesionado en 2005 o después y no se llega a un acuerdo sobre un médico, su abogado o el administrador de reclamos pueden solicitar al DWC una lista de tres EMC. Su abogado y el administrador de reclamos pueden ponerse de acuerdo sobre alguien de esta lista. Si no se puede llegar a un acuerdo, su abogado y el administrador de reclamos pueden eliminar cada uno un nombre de la lista, y el EMC restante llevará a cabo la evaluación.
- Si resultó lesionado antes de 2005 y no se puede llegar a un acuerdo sobre un médico, su abogado seleccionará un EMC y el administrador de reclamos también puede seleccionar un EMC para realizar una evaluación adicional.

¡Importante! El EMC o AME lo examinará y redactará un informe que describe su condición y aborda la disputa. A esto se le llama “informe médico-legal”. Usted o su abogado deben seleccionar la especialidad médica adecuada y elegir el EMC o AME con cuidado. El informe médico-legal afectará a sus beneficios. En muchos casos, no podrá elegir otro EMC o AME. Para obtener ayuda, use los recursos del capítulo 11.

Para obtener más información sobre las evaluaciones médicas, llame a la Unidad Médica del DWC al **1-800-794-6900**, o visite el sitio web: www.dir.ca.gov/dwc/MedicalUnit/imchp.html.

Estoy de acuerdo con el médico tratante sobre el tratamiento necesario. ¿Cuánto tiempo puede tardar el administrador de reclamos en decidir si autoriza el tratamiento?

Esto depende de si su condición médica se considera urgente. Los administradores de reclamos deben decidir si autorizan y pagan el tratamiento dentro de los plazos que forman parte del proceso de revisión de utilización (UR, por sus siglas en inglés) que se describe a continuación.

Decisiones basadas en la revisión de utilización (UR)

En el proceso de revisión de utilización, el administrador de reclamos puede aprobar el tratamiento. Sin embargo, no se le permite cambiar o negar el tratamiento. Sólo un médico que esté calificado para evaluar el tratamiento recomendado puede hacer esto. Esta persona se llama “médico revisor”. Si un médico revisor cambia o niega el tratamiento, el administrador de reclamos le comunicará la decisión a usted y a su médico tratante.

- **Si su situación médica se considera urgente:** Esto significa que enfrenta una amenaza grave a su salud, o que el plazo normal para tomar una decisión podría perjudicar su capacidad de recuperarse por completo. Si este es el caso, la decisión de autorizar el tratamiento debe tomarse de manera oportuna, sin exceder las 72 horas después de que el administrador de reclamos reciba la información necesaria para tomar la decisión. El administrador de reclamos deberá comunicar la decisión en un plazo de 24 horas.
- **Si su situación médica *no* se considera urgente:** La decisión de autorizar el tratamiento debe tomarse de manera oportuna, sin exceder los 5 días laborales después de que el administrador de reclamos reciba la solicitud de autorización del médico junto con la información necesaria para tomar la decisión. Si el administrador de reclamos necesita más tiempo para obtener la información necesaria, la decisión se puede tomar hasta 14 días después de recibir la solicitud del médico. El administrador de reclamos deberá comunicar la decisión en un plazo de 24 horas.

Lo que puede hacer para acelerar el proceso para tomar la decisión

A veces el tratamiento se retrasa porque el administrador de reclamos no ha recibido toda la información necesaria del médico tratante. Otras veces, el administrador de reclamos no envía toda la información al médico revisor. Para ayudar a evitar retrasos:

- Aliente al médico tratante a responder con prontitud a las preguntas y solicitudes del administrador de reclamos sobre su condición médica y por qué necesita el tratamiento recomendado. También aliente al médico a identificar, si es posible, cualquier directriz de tratamiento médico con base científica que respalde el tratamiento recomendado. Si el tratamiento no sigue el programa de utilización de tratamiento médico (MTUS) usado en California (descrito en la página 10) u otras directrices con base científica, el médico tratante debe demostrar por qué es necesario el tratamiento.
- Aliente al administrador de reclamos a enviar rápidamente toda la información al médico revisor.

¿El tratamiento recomendado por un médico tratante podría ser denegado?

Sí. El médico revisor puede negar el tratamiento si no existe una base científica para el mismo. El administrador de reclamos debe explicar claramente las razones del médico revisor para negar el tratamiento.

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

Para impugnar la decisión de negar el tratamiento recomendado por el médico tratante, usted puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés) usando el formulario de solicitud de IMR que el administrador de reclamos debe incluir con toda decisión de negar un tratamiento. Debe hacerlo dentro de los 30 días de haber recibido la decisión del administrador de reclamos. De lo contrario, esta decisión será válida durante 12 meses, a menos que se produzcan cambios en su estado de salud o en sus circunstancias. Puede designar a otra persona para que solicite la IMR en su nombre, y su médico tratante puede solicitar la IMR junto con usted o ayudarlo. Para obtener más información, llame a la Unidad Médica del DWC al 1-800-794-6900, o visite el sitio web del DWC sobre la IMR: www.dir.ca.gov/dwc/IMR.htm.

Sancciones por demora o denegación del tratamiento

Si el administrador de reclamos demora o deniega el tratamiento sin ninguna justificación razonable, usted podría recibir una multa de hasta el 25 por ciento del valor de cada servicio que fue demorado o denegado injustificadamente, hasta un máximo de \$10,000. Si necesita ayuda para solicitar pagos de multas, póngase en contacto con la Unidad de I&A llamando al **1-800-736-7401**.

Cómo presentar una queja sobre un tratamiento retrasado o denegado

La Unidad de Auditoría de la División de Compensación de Trabajadores (DWC) investiga las quejas e impone multas si un administrador de reclamos no cumple con las fechas límite de la revisión de utilización (UR) al decidir si autoriza y paga un tratamiento. La Unidad de Auditoría también impone grandes sanciones monetarias cuando un administrador de reclamos injustificadamente retrasa o deniega la atención médica y otros beneficios "con una frecuencia que indica una práctica comercial generalizada". Las sanciones de auditoría se pagan al estado, no al trabajador lesionado. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja ante la Unidad de Auditoría, llame a la Unidad de I&A al **1-800-736-7401** o visite el sitio web de la Unidad de Auditoría: <https://www.dir.ca.gov/dwc/SPANISH/Audcomp.pdf>.

¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con el médico tratante en asuntos distintos al tratamiento?

Si desea impugnar opiniones de un informe médico distintas a las relativas al tratamiento, primero considere cambiar de doctor. Si no puede cambiar o no puede llegar a un acuerdo con el nuevo médico, puede seguir los pasos a continuación.

1. Envíe una carta al administrador de reclamos indicando que no está de acuerdo con el informe médico.

- Si **no** tiene un abogado, en algunos casos deberá enviar la carta dentro de los 30 días posteriores a la recepción del informe.
- Si tiene un abogado, en algunos casos su abogado deberá enviar la carta dentro de los 20 días posteriores a la recepción del informe.

Si la carta no se envía dentro de la fecha límite aplicable, corre el riesgo de perder el derecho a impugnar la opinión del médico tratante.

2. Obtenga una opinión o evaluación médica de otro doctor.

Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte la página 17.

Si el administrador de reclamos no está de acuerdo con el médico tratante en otros asuntos además del tratamiento, ¿qué puede hacer el administrador de reclamos?

El administrador de reclamos puede exigir que usted sea examinado por un EMC o AME. Así es como se seleccionaría al EMC o AME:

• Si **no** tiene un abogado:

El administrador de reclamos puede exigir que usted sea examinado por un EMC. El administrador de reclamos debe enviarle instrucciones sobre cómo comunicarse con el DWC y debe permitir que *usted* seleccione al EMC. Después de que el administrador de reclamos le envíe estas instrucciones, asegúrese de seguir los pasos y cumplir con las fechas límite descritas en la página 17.

• Si **tiene** un abogado:

Los pasos que se siguen se describen en la página 17.

Capítulo 5: Beneficios por incapacidad temporal (TD)

¿Qué son los beneficios por incapacidad temporal?

Si su lesión le impide realizar su trabajo habitual mientras se recupera, puede reunir los requisitos para recibir beneficios por incapacidad temporal (TD, por sus siglas en inglés). Los beneficios por TD son pagos que recibe si pierde salarios debido a que:

- Su médico tratante le dice que no puede realizar su trabajo habitual durante más de tres días, o es hospitalizado durante la noche;
- y
- Su empleador no le ofrece otro trabajo que le pague su salario habitual mientras se recupera.

¿Cuáles son los diferentes tipos de beneficios por TD?

Hay dos tipos de beneficios por TD:

- Si no puede trabajar *en absoluto* mientras se recupera, recibirá beneficios por incapacidad *total* temporal (TTD, por sus siglas en inglés).
- Si es capaz de realizar *algún* trabajo mientras se recupera y su empleador le ofrece este tipo de trabajo, recibirá pagos por incapacidad *parcial* temporal (TPD, por sus siglas en inglés) si su salario mientras se recupera está por debajo del límite máximo establecido por la ley.

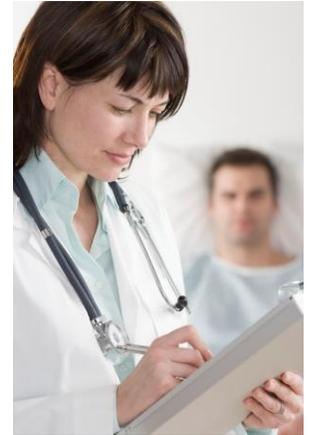
¿Cómo se calculan los beneficios por TD?

Como regla general, los beneficios por TD son dos tercios de los salarios brutos (antes de impuestos) que usted pierde mientras se recupera de una lesión laboral. Sin embargo, no puede recibir más de un monto semanal máximo ni menos de un monto semanal mínimo, según lo establece la ley.

No tiene que pagar impuestos sobre la renta federales, estatales o locales sobre los beneficios por TD. Además, no paga impuestos del Seguro Social, cuotas sindicales ni contribuciones al fondo de jubilación por estos beneficios.

La información de este capítulo le brinda una idea aproximada de los montos de los beneficios por TD. Determinar las cantidades exactas por TD puede resultar complicado, especialmente para los trabajadores que:

- Tenían un segundo trabajo al momento de la lesión.
- Tenían trabajos de temporada.
- Tenían salarios que aumentaron o disminuyeron.
- Ganaban otros ingresos, como propinas, horas extra, bonos, alojamiento, ropa o subsidios por el uso del automóvil.
- Estaban programados para un aumento salarial después de la fecha de la lesión.
- Recibieron beneficios por TD más de 2 años después de la fecha de la lesión.



Si desea conocer algunos consejos sobre cómo mantener su reclamo en vías de resolverse, consulte la página 9. Consulte también el capítulo 11.

Otros beneficios además de TD

- Si se lesiona en el trabajo, su empleador debe pagar la atención médica para ayudarle a recuperarse. Consulte el capítulo 2.
- Si los pagos de TD se retrasan o se deniegan, es posible que reúna los requisitos para recibir otra ayuda financiera, como el Seguro Estatal de Incapacidad. Para conocer estos beneficios, consulte el capítulo 11.
- Los beneficios por TD se pagan únicamente mientras usted se recupera. Algunos trabajadores lesionados reciben posteriormente otros tipos de beneficios. Para conocer estos otros beneficios, consulte los capítulos 7, 8, 9 y 10.
- Todos los empleadores públicos y privados con 50 o más empleados deben otorgar un permiso con protección laboral a los trabajadores que tengan un problema de salud grave o que necesiten cuidar a un niño u otro miembro de la familia. Esto se rige por la Ley de Derechos Familiares de California (CFRA) y la Ley federal de Ausencia Médica y Familiar (FMLA). El permiso con protección laboral puede transcurrir simultáneamente con el periodo de baja en que recibe beneficios por TD.

¿Qué pagos recibo si estoy en TTD?

Los pagos por incapacidad total temporal (TTD) suelen ser **dos tercios** del salario que ganaba antes de lesionarse.

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

Límites máximos de pagos por TTD

No puede recibir más que el monto máximo semanal establecido por la ley. Por lo tanto, si ganaba más de cierta cantidad antes de lesionarse, podría recibir menos de dos tercios de ese salario.

El monto máximo depende de la fecha de su lesión. Le presentamos algunos ejemplos:

- Si la fecha de su lesión es en 2020 y su salario bruto antes de la lesión era más de \$1,611.96 por semana, sus pagos por TTD son un máximo de: \$1,074.64 por semana.
- Si la fecha de su lesión es en 2021 y su salario bruto antes de la lesión era más de \$1,654.94 por semana, sus pagos por TTD son un máximo de: \$1,103.29 por semana.
- Si la fecha de su lesión es en 2022 y su salario bruto antes de la lesión era más de \$1,692.65 por semana, sus pagos de TTD son un máximo de: \$1,128.43 por semana.

Para ver ejemplos específicos, consulte la página 25.

Pagos por TTD mínimos para trabajadores con salarios bajos

No puede recibir menos que el monto mínimo semanal establecido por la ley. Por lo tanto, si ganaba menos de cierta cantidad antes de lesionarse, podría recibir más de dos tercios de ese salario.

El monto mínimo depende de la fecha de su lesión. Le presentamos algunos ejemplos:

- Si la fecha de su lesión es en 2020 y su salario bruto antes de la lesión era menor a \$241.79 por semana, sus pagos por TTD son un mínimo de: \$161.19 por semana.
- Si la fecha de su lesión es en 2021 y su salario bruto antes de la lesión era menor a \$248.24 por semana, sus pagos por TTD son un mínimo de: \$165.49 por semana.
- Si la fecha de su lesión es en 2022 y su salario bruto antes de la lesión era menor a \$253.89 por semana, sus pagos por TTD son un mínimo de: \$169.26 por semana.

Ejemplo particular: Una auxiliar de enfermería se lesionó en 2022 y ganaba un salario bruto de \$367.00 por semana antes de la lesión. Esta trabajadora recibe pagos por TTD de \$244.67 por semana.

¿Qué pagos recibo si estoy en TPD?

Su empleador puede ofrecerle un trabajo diferente que pueda realizar de manera segura mientras se recupera, o su empleador puede ofrecerle un horario de trabajo reducido (consulte el capítulo 6). Si no gana tanto como antes de lesionarse, es posible que reúna los requisitos para recibir pagos por incapacidad parcial temporal (TPD). Estos generalmente son dos tercios de sus salarios perdidos.

Ejemplo: Si el salario bruto que ganaba antes de lesionarse era de \$300 por semana y ahora regresa a trabajar ganando \$210 por semana, su pérdida de salario es de \$90 por semana. Sus pagos por TPD serán de \$60 por semana (dos tercios de \$90).

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

¿Cuándo comienzan los pagos por TD?

Si su lesión está cubierta por la compensación de trabajadores, su primer pago por TD debe pagarse dentro de los 14 días posteriores al día en que su empleador se entera de que:

- Usted tiene una lesión o enfermedad de trabajo;
- y
- Su médico tratante dice que su lesión le impide hacer su trabajo.

En tal caso, debe recibir este pago del administrador de reclamos. El administrador de reclamos también debe enviarle una carta explicando cómo se calculó el monto del pago.

Después del primer pago, los beneficios por TD deben pagarse cada dos semanas, mientras siga siendo elegible.

Avisos sobre los pagos por TD

El administrador de reclamos debe mantenerlo al tanto de todo enviándole cartas que expliquen lo siguiente:

- Cómo se determinaron los montos para los pagos por TD.
- Motivo del retraso o falta de pago de los beneficios por TD.
- Motivo del cambio en el monto del pago por TD.
- Por qué ya no recibirá beneficios por TD (junto con una lista de todos los beneficios por TD pagados).

¿Qué sucede si no recibo mis pagos a tiempo?

A veces, los pagos se retrasan. Si el administrador de reclamos no puede determinar si su lesión está cubierta por la compensación de trabajadores o si se deben pagar los beneficios por TD, puede retrasar su primer pago por TD mientras se investiga. Por lo general, el retraso no supera los 90 días.

Si hay un retraso, el administrador de reclamos debe enviarle una carta por retraso. La carta debe explicar lo siguiente:

- Por qué no recibirá su pago dentro de los primeros 14 días.
- Qué información necesita el administrador de reclamos para decidir si usted puede recibir beneficios por TD.
- Cuándo se tomará la decisión.

Si hay más retrasos, el administrador de reclamos debe enviarle cartas adicionales por retraso. (Incluso si recibió estas cartas por retraso, si el administrador de reclamos no le envía una carta *denegando* su reclamo dentro de los 90 días posteriores a que presentó el formulario de reclamo o informó su lesión, su reclamo se considera aceptado en la mayoría de los casos).

¿El administrador de reclamos está obligado a pagar una sanción por retrasos en los pagos por TD?

Depende. El administrador de reclamos debe pagarle un 10 por ciento adicional al pago, si:

- El administrador de reclamos envía un pago con retraso;
- Y
- Usted presentó un formulario de reclamo por su lesión más de 14 días antes de la fecha de vencimiento del pago.

Esto es cierto incluso si hubiera una justificación razonable para el retraso. Sin embargo, no hay multa si el administrador de reclamos no puede determinar, en los primeros 14 días después de que su empleador se enteró de su lesión, si se deben pagar los beneficios por TD y le envía una carta de retraso, como se explicó anteriormente.

Se le podría otorgar un total del 25 por ciento de cada pago retrasado, hasta \$10,000, si *no* hubo justificación razonable para el retraso.

¿Cuándo terminan los pagos por TD?

Los pagos por TD finalizan cuando:

- Su médico tratante le dice que puede regresar a su trabajo habitual (ya sea que realmente regrese a trabajar o no); o
- Usted regresa a su trabajo habitual o a un trabajo modificado o alternativo con su salario regular (o con salarios asociados con un límite máximo de pagos por TTD); o
- Ha llegado a un punto en el que su condición no mejora ni empeora (cuando esto sucede, su condición se denomina “permanente y estacionaria”); o
- Se lesionó a partir del 1 de enero de 2008 y recibió hasta 104 semanas de beneficios por TD dentro de los cinco años a partir de la fecha de la lesión, o se lesionó en algún momento entre el 19 de abril de 2004 y el 31 de diciembre de 2007, y recibió hasta 104 semanas de beneficios por TD dentro de los dos años posteriores al inicio de los pagos. (Los trabajadores cuyas lesiones involucren hepatitis B aguda y crónica, hepatitis C aguda y crónica, amputaciones, quemaduras graves, virus de inmunodeficiencia humana, lesiones oculares por alta velocidad, quemaduras químicas en los ojos, fibrosis pulmonar o enfermedad pulmonar crónica pueden recibir hasta 240 semanas de beneficios por TD dentro de los cinco años a partir de la fecha de la lesión).

Cuando finalizan los pagos por TD, el administrador de reclamos debe enviarle una carta explicando por qué finalizan dichos pagos. La carta debe enumerar todos los pagos por TD que se le enviaron. Esta carta debe enviarse dentro de los 14 días posteriores a su último pago por TD.

Si su médico tratante dice que nunca se recuperará por completo, podría recibir beneficios por incapacidad permanente o un beneficio suplementario por el desplazamiento del trabajo. Vaya a los capítulos 7 y 8.

Pagos por incapacidad total temporal: Algunos ejemplos

OCUPACIÓN	FECHA DE LA LESIÓN	SALARIO BRUTO ANTES DE LA LESIÓN	PAGOS POR TTD	MOTIVO
Carpintero	2020	\$1,950 por semana	\$1,299.43 por semana	Éste es el monto máximo para trabajadores lesionados en 2020.
Obrero de línea	2021	\$2,100 por semana	\$1,356.31 por semana	Éste es el monto máximo para trabajadores lesionados en 2021.
Secretaria	2021	\$1,200 por semana	\$800 por semana	Esto corresponde a dos tercios del salario percibido antes de la lesión.
Panadero y trabajador de limpieza (1 persona con 2 trabajos)	2021	\$620 por semana (panadero) \$280 por semana (trabajador de limpieza) \$900 por semana en total	\$600 por semana (si la lesión fue causada en el trabajo con mayor salario)	Esto corresponde a dos tercios del salario combinado de ambos trabajos.
Conductor de camión	2022	\$1,300 por semana	\$866.67 por semana	Esto corresponde a dos tercios del salario percibido antes de la lesión.
Contador	2023	\$1,800 por semana	\$1,200.00 por semana	Esto corresponde a dos tercios del salario percibido antes de la lesión.

Capítulo 6: Trabajar para su empleador después de la lesión



Si desea conocer algunos consejos sobre cómo mantener su reclamo en vías de resolverse, consulte la página 9. Consulte también el capítulo 11.

Tras una lesión laboral, permanecer en el trabajo o reincorporarse a él con seguridad y prontitud puede contribuir a su recuperación. También puede ayudarle a evitar pérdidas económicas por estar fuera del trabajo. Este capítulo describe cómo puede seguir trabajando para su empleador.

¿Puedo quedarme a trabajar o regresar al trabajo, y qué trabajos puedo hacer?

Después de lesionarse en el trabajo, muchas personas colaborarán con usted para decidir cómo va a seguir trabajando o si volverá al trabajo y qué trabajo va a hacer. Entre estas personas figuran:

- Su médico tratante principal.
- Su empleador (supervisores u otros directivos).
- El administrador de reclamos.
- Su abogado, si cuenta con uno.

A veces, los médicos y los administradores de reclamos no comprenden bien el trabajo que usted realizaba o los otros trabajos que podrían asignársele. Por lo tanto, es importante que todos se mantengan en estrecho contacto a lo largo del proceso. Usted (y su abogado, si cuenta con uno) deben comunicarse **activamente** con su médico tratante principal, su empleador y el administrador de reclamos acerca de lo siguiente:

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

¿Qué sucede mientras me recupero?

Poco después de lesionarse, el médico tratante principal lo examinará y enviará un informe sobre su estado de salud al administrador de reclamos. Si el médico indica que usted puede trabajar, debe describir lo siguiente:

- Límites claros y específicos, si los hubiera, en sus tareas laborales durante su recuperación. Estos se denominan “restricciones de trabajo”. Deben basarse en información completa y precisa suya y de su empleador sobre las actividades y demandas de su trabajo. Estas restricciones están destinadas a protegerlo de mayores lesiones.

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

- Cambios necesarios, si los hubiera, en su horario, asignaciones, equipo u otras condiciones de trabajo durante su recuperación.

Ejemplo: Proporcionar auriculares para evitar posiciones incómodas de la cabeza y el cuello.

Si el médico informa que no puede trabajar en absoluto mientras se recupera, no se le puede exigir que trabaje.

Para revisar los pasos que debe seguir si no está de acuerdo con un informe médico, consulte el capítulo 4, páginas 15 - 17 y 20.

En caso de que pueda trabajar con restricciones

Si su médico tratante principal le indica que puede permanecer en el trabajo o reincorporarse al mismo con restricciones laborales, cualquier trabajo que le asigne su empleador deberá ajustarse a dichas restricciones. Su empleador puede, por ejemplo, cambiar ciertas tareas, reducir su tiempo en ciertas tareas, o proporcionar equipo útil. O bien, su empleador puede decir que ese tipo de trabajo no está disponible; si esto ocurre, no se le puede exigir que trabaje.

En caso de que pueda trabajar sin restricciones

Si su médico tratante principal informa que usted puede permanecer en el trabajo o volver a su trabajo sin restricciones, su empleador generalmente debe darle el mismo trabajo y salario que tenía antes de lesionarse. Su empleador podría exigirle que acepte el trabajo. Esto puede ocurrir poco después de la lesión o mucho más tarde, cuando su condición haya mejorado.

Mi empleador me asignó trabajo que parece infringir mis restricciones laborales. ¿Qué puedo hacer?

Debe mostrar a su empleador las restricciones laborales del médico y hablar sobre cómo pueden cumplirlas. No tiene por qué aceptar un trabajo que no cumpla las restricciones. Si rechaza este tipo de trabajo, debe explicarle claramente al empleador por qué no se cumplen las restricciones. Si es posible, hágalo por escrito.

Si su empleador toma o amenaza con tomar medidas en su contra porque usted no acepta esta asignación de trabajo, esto podría ser una infracción al Código Laboral de California, artículo 132a, que prohíbe la discriminación contra los trabajadores lesionados.

Si su empleador no puede darle un trabajo que cumpla con las restricciones laborales, el administrador de reclamos debe pagarle los beneficios por incapacidad total temporal (consulte el capítulo 5).

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, use los recursos del capítulo 11. No lo deje para después, pues hay *fechas límites* para tomar acción y proteger sus derechos.

¿Qué sucede si no me recupero por completo?

Su médico tratante principal puede determinar que usted nunca podrá regresar al mismo trabajo o a las mismas condiciones laborales que tenía antes de lesionarse. El médico deberá informarlo por escrito. El informe debe incluir restricciones laborales permanentes para protegerlo de más lesiones.

Para ayudar a su médico tratante principal, usted y su empleador o el administrador de reclamos pueden llenar conjuntamente una "Descripción de las obligaciones laborales del empleado" en el formulario DWC AD 10133.33. Luego, el médico puede revisar lo que escribió en el formulario para hacer una determinación adecuada.

Para revisar los pasos que debe seguir si no está de acuerdo con un informe médico, consulte el capítulo 4, páginas 15 - 17 y 20.

Beneficios por TD

Si pierde salarios mientras se recupera, es posible que sea elegible para recibir pagos por incapacidad temporal (TD). Para obtener más información sobre estos pagos, consulte el capítulo 5.

Beneficios por PD

Si su médico tratante principal informa que usted nunca se recuperará por completo, es posible que sea elegible para recibir pagos por incapacidad permanente (PD). Para obtener más información sobre estas ayudas, consulte el capítulo 7.

¿Puedo regresar a trabajar para mi empleador incluso si no me he recuperado por completo?

Esto depende de si su empleador puede ofrecerle un trabajo apropiado o no. De no ser así, y si se lesionó en 2004 o después, es posible que reúna los requisitos para otros beneficios.

SI LA FECHA DE LA LESIÓN ES DE 2013 O POSTERIOR

Si su empleador le ofrece trabajo

Si se lesionó en 2013 o después y su empleador puede ofrecerle trabajo, el administrador de reclamos debe enviarle un "Aviso de oferta de trabajo regular, modificado o alternativo" en un formulario DWC-AD 10133.35. El administrador de reclamos debe enviárselo dentro de los 60 días posteriores a que se entere de que usted tiene una incapacidad parcial permanente que se ha vuelto permanente y estacionaria, o "P&S" (consulte el capítulo 7). Su médico tratante principal u otro médico que tome esta determinación debe completar y enviarle al administrador de reclamos un informe de su estado P&S y su capacidad laboral en el formulario DWC-AD 10133.36.

La oferta debe ser para un trabajo que usted pueda realizar. Además, el trabajo debe:

- Cumplir con las restricciones de trabajo del informe del médico.
- Tener una duración mínima de 12 meses.
- Estar a una distancia razonable de donde vivía al momento de la lesión. La oferta

podría involucrar algunos de los siguientes:

- **Trabajo regular.** Este es su trabajo o puesto regular en que estaba al momento de la lesión. Debe percibir el mismo salario y beneficios que recibía al momento de la lesión.
- **Trabajo modificado.** Este es su mismo trabajo pero con algunos cambios, de acuerdo con las restricciones de trabajo indicadas por el médico. Debe recibir al menos el 85 por ciento de los salarios y beneficios que le pagaban en el momento de la lesión.

Ejemplos: Cambiar ciertas tareas, reducir el tiempo en ciertas tareas, cambiar la estación de trabajo, proporcionar equipo de asistencia, cambiar la ubicación del trabajo.

- **Trabajo alternativo.** Éste es un trabajo diferente a su trabajo anterior que cumple con las restricciones de trabajo del médico. Debe recibir al menos el 85 por ciento de los salarios y beneficios que le pagaban en el momento de la lesión.

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

- Sólo tiene 30 días para aceptar la oferta. Si no responde dentro de un plazo de 30 días, su empleador podría retirar la oferta.
- El administrador de reclamos no estará obligado a ofrecerle un beneficio suplementario por el desplazamiento de trabajo. Esto es cierto independientemente de si usted **acepta la oferta o no**.

Si su empleador no le ofrece trabajo

Si se lesionó en 2013 o después, su empleador no le ofrece un trabajo modificado o alternativo, y su lesión le causa una discapacidad parcial permanente, el administrador de reclamos debe enviarle un beneficio suplementario por el desplazamiento de trabajo, o "vale". La incapacidad permanente se analiza en el capítulo 7. Los beneficios suplementarios por el desplazamiento de trabajo se describen en el capítulo 9. Para recursos y formularios adicionales, vaya al capítulo 11.

PARA FECHAS DE LESIÓN DEL 2004 AL 2012

Si su empleador le ofrece trabajo

Si se lesionó en algún momento entre el 2004 y el 2012 y su empleador puede ofrecerle trabajo, el administrador de reclamos debe enviarle un "Aviso de Oferta de Trabajo Modificado o Alternativo" en el formulario DWC-AD 10133.53. El administrador de reclamos debe enviárselo dentro de los 30 días posteriores a su último pago por incapacidad temporal.

La oferta debe ser para un trabajo que usted pueda realizar. Además, el trabajo debe:

- Debe recibir al menos el 85 por ciento del salario y beneficios que le pagaban en el momento de la lesión.
- Cumplir con las restricciones de trabajo del informe del médico.
- Tener una duración mínima de 12 meses.
- Estar a una distancia razonable de donde vivía al momento de la lesión.

La oferta podría involucrar algunos de los siguientes:

- **Trabajo modificado.** Este es su mismo trabajo pero con algunos cambios, de acuerdo con las restricciones de trabajo indicadas por el médico.

Ejemplos: Cambiar ciertas tareas, reducir el tiempo en ciertas tareas, cambiar la estación de trabajo, proporcionar equipo de asistencia, cambiar la ubicación del trabajo.

- **Trabajo alternativo.** Éste es un trabajo diferente a su trabajo anterior que cumple con las restricciones de trabajo del médico.

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

- Sólo tiene 30 días para aceptar la oferta. Si no responde dentro de un plazo de 30 días, su empleador podría retirar la oferta.
- El administrador de reclamos no estará obligado a ofrecerle un beneficio suplementario por el desplazamiento de trabajo. Esto es cierto independientemente de si usted *acepta la oferta o no*.

Si su empleador no le ofrece trabajo

Si se lesionó en algún momento entre 2004 y 2012, su empleador no le ofrece trabajo modificado o alternativo, no regresa a trabajar para su empleador dentro de los 60 días posteriores a su último pago por TD y su lesión le causó una incapacidad parcial permanente, el administrador de reclamos debe enviarle un beneficio suplementario por el desplazamiento de trabajo, o "vale". La incapacidad permanente se analiza en el capítulo 7. Los beneficios suplementarios por el desplazamiento de trabajo se describen en el capítulo 9.

Mi empleador no me ofrecerá o asignará el tipo de trabajo que yo quiero. ¿Qué puedo hacer?

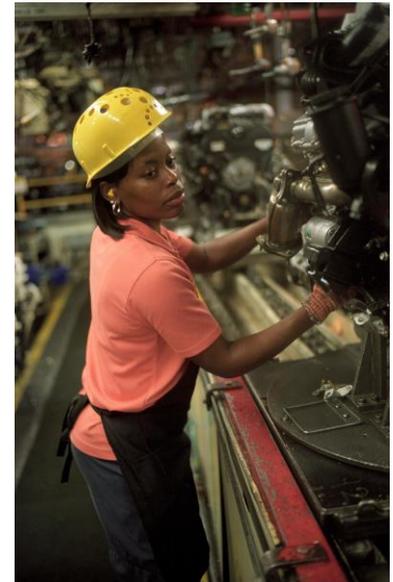
En algunos casos, el trabajo que le asignen o le ofrezcan puede parecerle injusto, o puede que su empleador no le ofrezca ningún trabajo. Sin embargo, el empleador no siempre está obligado a ofrecerle el trabajo que usted desea. Por ejemplo, puede que no haya ningún trabajo que usted desee y que se ajuste a las restricciones de trabajo impuestas por el médico. O la decisión del empleador puede estar justificada por la situación de la empresa.

Por otro lado, si la razón por la que su empleador no le ofrece el trabajo que usted quiere es porque usted tiene una lesión laboral o porque usted solicitó beneficios de compensación de trabajadores, esto podría ser una infracción del Artículo 132a del Código Laboral de California. Del mismo modo, si la razón por la que su empleador no le ofrece el trabajo que desea es porque usted tiene una discapacidad grave y permanente, a pesar de que podría hacer el trabajo con un ajuste razonable, esto podría ser una violación de la Ley Federal de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y la Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda de California (FEHA). (Para obtener más información sobre la interacción entre las leyes de compensación de trabajadores y las leyes de derechos de las personas con discapacidad, consulte "Ayudando a los empleados lesionados a volver al trabajo: Guía práctica conforme a las leyes de compensación de trabajadores y de derechos de las personas con discapacidad en California", en el capítulo 11).

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, use los recursos del capítulo 11. No lo deje para después, pues hay fechas límites para tomar acción y proteger sus derechos.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, use los recursos del capítulo 11.

Recuerde que existen plazos para actuar en defensa de sus derechos, así que no se demore.



Capítulo 7: Beneficios por incapacidad permanente

¿Qué son los beneficios por incapacidad permanente?

La mayoría de los trabajadores se recuperan de sus lesiones laborales. Pero algunos siguen presentando problemas debido a éstas. Si su médico tratante dice que nunca se recuperará por completo o que siempre estará limitado en el trabajo que puede realizar, es posible que tenga una incapacidad permanente. Esto significa que puede ser elegible para beneficios por incapacidad permanente (PD, por sus siglas en inglés).

No es necesario que pierda su trabajo para poder recibir beneficios por PD. Por otro lado, si pierde ingresos debido a una incapacidad permanente, los beneficios por PD podrían no cubrir todas sus pérdidas en ingresos.

¿Qué es un informe P&S?

Cuando llega a un punto en el que su condición médica no mejora ni empeora, ésta se denomina “permanente y estacionaria” (P&S, por sus siglas en inglés). Esto se conoce como el momento en el que se alcanza la mejora médica máxima (MMI, por sus siglas en inglés). Cuando esto sucede, su médico tratante principal redacta un informe P&S.

El informe P&S debe describir lo siguiente:

- Problemas médicos específicos, como qué tanto puede mover las partes lesionadas de su cuerpo y cuánto dolor experimenta.
- Cuáles son los límites del trabajo que usted puede realizar. Estos se denominan “restricciones de trabajo”.
- Atención médica que pueda necesitar en el futuro por su lesión.
- Si puede regresar o no a su antiguo trabajo.
- Un estimado de en qué medida su incapacidad fue ocasionada por su trabajo, en comparación con en qué medida es causada por otros factores. (**Nota:** Usted debe responder las preguntas de su médico tratante sobre otros problemas médicos que puedan estar causando su incapacidad).

Su médico tratante principal enviará el informe P&S al administrador de reclamos.

¡Importante! El informe P&S afectará sus beneficios futuros. Tiene derecho a recibir una copia del mismo. Solicite por escrito que el administrador de reclamos o su médico le entreguen copias de todos los informes médicos.

Su médico tratante principal debe usar un lenguaje especial para describir su incapacidad. Las palabras que él use afectarán sus beneficios. Si tiene alguna pregunta, hágasela al médico. Lea atentamente el informe P&S, asegúrese de que esté completo y vea si está de acuerdo con las conclusiones del médico. Cualquier información incorrecta u omitida podría resultar en la pérdida de algunos beneficios.



Otros beneficios además de PD

Si padece una incapacidad permanente, también puede tener derecho a recibir:

- Atención médica por su lesión, descrita más adelante en este capítulo.
- Un beneficio suplementario por el desplazamiento de trabajo. Para obtener más información sobre este beneficio, consulte el capítulo 9.
- Otras ayudas económicas, como los beneficios por incapacidad del Seguro Social y los que ofrecen algunos empleadores y sindicatos. Para obtener más información sobre estos beneficios, consulte el capítulo 11.

No estoy de acuerdo con el informe P&S. ¿Qué puedo hacer?

Es posible que no todos los doctores tengan la misma opinión sobre la incapacidad de un trabajador. Usted tiene derecho a impugnar el informe P&S.

Para revisar los pasos que debe seguir si no está de acuerdo con un informe médico, consulte el capítulo 4, páginas 15 - 17 y 20.

¿Qué es una clasificación?

Una "clasificación" es un porcentaje que estima en qué medida su incapacidad limita los tipos de trabajo que puede realizar o su capacidad para ganarse la vida. Ésta determina el monto de sus beneficios por PD.

La clasificación se basa en varios factores:

1. Su condición médica, tal como se describe en el informe P&S o en un informe médico-legal (los informes médico-legales se describen en el capítulo 4, página 17).
2. La fecha de su lesión.
3. La edad que tenía al momento de la lesión.
4. Su ocupación (con base en el trabajo que realizaba al momento de la lesión).
5. En qué medida su incapacidad es causada por su trabajo, en comparación con en qué medida es causada por otros factores. Esto se conoce como "prorrato".
6. Multiplicación por un factor de ajuste:
 - Si su lesión ocurrió en 2013 o después, el factor de ajuste es 1.4.
 - Si su lesión ocurrió antes de 2013 y su incapacidad permanente se clasifica usando el programa de clasificación de 2005 (descrito en el cuadro "Tasas de clasificación"), el factor de ajuste se basa en su "capacidad de ingreso futuro" reducida.

Una clasificación del 100 por ciento significa que tiene una incapacidad *total* permanente. Rara vez se obtienen clasificaciones del 100 por ciento. Una clasificación entre el 1 por ciento y el 99 por ciento significa que tiene una incapacidad *parcial* permanente. La mayoría de los trabajadores lesionados no tienen una incapacidad permanente, y aquellos que la tienen suelen tener clasificaciones entre el 5 y el 30 por ciento (si se lesionaron antes del 2005).

Tasas de clasificación

La "Tasa para Clasificar Incapacidades Permanentes" sirve para calificar las incapacidades con base en los factores mencionados arriba. Existen tres tasas:

- 1. Tasa de clasificación de 2005.** Si se lesionó en el 2005 o después, le aplica la tasa de clasificación de 2005.
- 2. Tasa de clasificación de 2005 o 1997.** Si usted se lesionó entre abril de 1997 y diciembre de 2004 y, antes de 2005, no existía ningún informe médico-legal integral ni ningún informe de un médico tratante que indicara que usted tenía una incapacidad permanente, ni su empleador estaba obligado a enviarle un aviso sobre los beneficios por PD, entonces se le aplica la tasa de clasificación de 2005. De lo contrario, se le aplica la tasa de clasificación de 1997.
- 3. Tasa de clasificación de 1988.** Si se lesionó antes de abril de 1997, la tasa de clasificación de 1988 aplica en la mayoría de los casos.

Para ver las tasas, comuníquese con un funcionario de Información y Asistencia al 1-800-736-7401. Para revisar las tasas, vaya al sitio web de la División de Compensación de Trabajadores: www.dir.ca.gov/dwc/dwcrep.htm.

Ejemplos de clasificación de incapacidad permanente

Estos ejemplos no están ajustados en función de la edad, la ocupación u otros factores causantes de la incapacidad (prorratio).

INCAPACIDAD	LESIONADO EN 2005-2012	LESIONADO EN 2013 O DESPUÉS
Pérdida total de la visión en un ojo, visión normal (20/20) en el otro ojo.	22% (ajustada por la "capacidad de ingreso futuro" reducida)	28% (ajustada por el factor de 1.4)
Amputación del dedo índice en la articulación media.	9% (ajustada por la "capacidad de ingreso futuro" reducida)	11% (ajustada por el factor de 1.4)

¿Cómo se clasifica mi incapacidad?

El informe P&S es el primer paso importante en el proceso de clasificación:

- Si la tasa de clasificación de 2005 le aplica a usted (consulte el cuadro "Tasas de clasificación" en la página 32), cuando su médico tratante escriba el informe P&S, deberá clasificar su "deterioro" o qué tanto ha perdido el uso normal de las partes lesionadas de su cuerpo. Los métodos del médico para clasificar su incapacidad deben seguir las directrices publicadas por la Asociación Médica Estadounidense (AMA, por sus siglas en inglés).
- Si alguna de las primeras tasas de clasificación le aplica a usted, su médico tratante no está obligado a calificar su incapacidad en el informe P&S. En cambio, el médico sí debe describir su incapacidad de acuerdo con los factores enumerados en la tasa de clasificación que le aplique a usted.

Para revisar los pasos que debe seguir si no está de acuerdo con un informe médico, consulte el capítulo 4, páginas 15 - 17 y 20.

Después, usted, su abogado o el administrador de reclamos pueden pedirle a un clasificador de incapacidades que clasifique su incapacidad con base en el informe P&S. (Si fue examinado por un EMC y no tiene un abogado, un clasificador de incapacidades clasificará automáticamente su incapacidad). Además, el administrador de reclamos y su abogado pueden intentar predecir la clasificación que un juez de compensación de trabajadores consideraría apropiada.

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

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

Usted o su abogado (si cuenta con uno) pueden negociar con el administrador de reclamos la clasificación correcta de su incapacidad. Puede solicitar una calificación por parte de un clasificador de incapacidades y usarla en sus negociaciones. Si usted y el administrador de reclamos no pueden ponerse de acuerdo sobre la clasificación de su incapacidad, puede solicitar que un juez de compensación de trabajadores decida la clasificación correcta.

No estoy de acuerdo con la clasificación otorgada por el clasificador de incapacidad. ¿Qué puedo hacer?

Si no tiene un abogado, puede pedirle al director administrativo de la División de Compensación de Trabajadores (DWC) que determine si se cometieron errores en el proceso de evaluación médica o en el proceso de clasificación. Esto se conoce como reconsideración de la clasificación. También puede presentar su caso a un juez de compensación de trabajadores.

Para obtener ayuda al solicitar la reconsideración o al presentar su caso a un juez de compensación de trabajadores, pónganse en contacto con un funcionario de Información y Asistencia al 1-800-736-7401. Pregunte sobre posibles retrasos en el proceso de reconsideración.

Si cuenta con un abogado, éste puede presentar su caso ante un juez de compensación de trabajadores.

¿Cómo se determinan los pagos por PD?

El cálculo de los beneficios por PD está establecido en la ley. El administrador de reclamos determinará cuánto hay que pagarle con base en varios factores:

1. Las clasificaciones de su incapacidad.
2. La fecha de su lesión.
3. El salario que percibía antes de la lesión.
4. Si su empleador le ofrece o no algún trabajo que cumpla con los requisitos enumerados en la página 36. Consulte "¿Cómo se ven afectados mis pagos por PD si mi empleador me ofrece o no algún trabajo?".

Ejemplos de beneficios por incapacidad permanente

Estos ejemplos se basan en las clasificaciones mostradas en la página 33, que no se ajustaron en función de la edad, la ocupación u otros factores causantes de la incapacidad (prorrato). Se aplican a los trabajadores que ganaban más de \$435 semanales antes de la lesión y cuyo empleador tiene menos de 50 empleados.

INCAPACIDAD	LESIONADO EN 2005-12	LESIONADO EN 2013	LESIONADO EN 2020
Pérdida total de la visión en un ojo, visión normal (20/20) en el otro ojo.	\$19,665.00 (total)	\$27,312.50 (total)	\$34,437.50 (total)
Amputación del dedo índice en la articulación media.	\$6,210.00 (total)	\$7,877.50 (total)	\$9,932.50 (total)

Avisos sobre los pagos por PD

El administrador de reclamos debe mantenerlo al tanto de todo enviándole cartas que expliquen lo siguiente:

- Cómo se determinaron los pagos por PD.
- Cuándo recibirá los pagos por PD.
- Motivo del retraso o falta de pago de los beneficios por PD.
- Motivo del cambio en los montos del beneficio por PD.
- Por qué ya no recibirá beneficios por PD (junto con una lista de todos los beneficios por PD pagados).

¿Cuándo recibo los pagos por PD?

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

Los pagos por PD se deben pagar según se detalla a continuación, excepto en los siguientes casos: Si su empleador le ofrece un trabajo que paga al menos el 85 por ciento de los salarios y beneficios que le pagaban en el momento de la lesión o si está trabajando en un empleo que paga al menos el 100 por ciento de los salarios y beneficios que le pagaban en el momento de la lesión, no recibirá pagos por PD hasta que un juez de compensación de trabajadores apruebe un acuerdo sobre su caso o decida los beneficios por PD que recibirá. Si ninguna de las situaciones anteriores es cierta:

- Si estaba recibiendo beneficios por incapacidad temporal (TD), el primer pago por PD debe pagarse dentro de los 14 días posteriores al último pago por TD.
- Si no estaba recibiendo beneficios por TD, debería recibir el primer pago por PD dentro de los 14 días después de que el administrador de reclamos se entere de que tiene una incapacidad permanente causada por su lesión. Después del primer pago, los beneficios por PD deben pagarse cada 14 días.

Los pagos por PD finalizan cuando alcanza el monto máximo permitido por la ley o cuando llega a un acuerdo y recibe una suma global. **Nota:** Esta suma global se verá reducida por los beneficios por PD que ya recibió, incluyendo los adelantos de la suma global.

¿Cómo se ven afectados mis pagos por PD si mi empleador me ofrece o no algún trabajo?

Nota: Esta pregunta solo afecta a los trabajadores que se lesionaron en algún momento entre 2005 y 2012 y cuyos empleadores tienen 50 o más empleados. Si usted se lesionó en 2013 o después, o si su empleador tiene menos de 50 empleados, sus pagos por PD no se verán afectados si su empleador le ofrece trabajo.

Si su empleador le ofrece un trabajo regular, modificado o alternativo que cumpla los requisitos que se enumeran a continuación, sus pagos por PD disminuirán en un 15 por ciento a partir de la fecha en que reciba la oferta. Si su empleador no le hace esta oferta, sus pagos por PD aumentarán en un 15 por ciento a partir de los 60 días después de que su enfermedad se convierte en permanente y estacionaria.

- Para ofrecerle trabajo regular, su empleador o el administrador de reclamos debe enviarle un "Aviso de oferta de trabajo regular" (en el formulario DWC-AD 10118) dentro de los 60 días después de que su condición se vuelve permanente y estacionaria. El trabajo debe cumplir con lo siguiente:
 - Pagar el mismo salario y beneficios que su antiguo trabajo.
 - Cumplir con las restricciones de trabajo del informe del médico.
 - Tener una duración mínima de 12 meses.
 - Estar a una distancia razonable de donde vivía al momento de la lesión.
- Para ofrecerle trabajo alternativo, su empleador o el administrador de reclamos debe enviarle un "Aviso de oferta de trabajo modificado o alternativo" (en el formulario DWC-AD 10133.53) dentro de los 60 días posteriores a que su condición se vuelva permanente y estacionaria. El trabajo debe cumplir con lo siguiente:
 - Pagar al menos el 85 por ciento del salario y los beneficios que percibía al momento de la lesión.
 - Cumplir con las restricciones de trabajo del informe del médico.
 - Tener una duración mínima de 12 meses.
 - Estar a una distancia razonable de donde vivía al momento de la lesión.

¿El administrador de reclamos está obligado a pagar una sanción por retrasos en los pagos por PD?

Sí. Si el administrador de reclamos envía un pago tarde, debe pagarle un 10 por ciento adicional.

Esto es cierto incluso si hubo una justificación razonable para la demora e incluso si el administrador de reclamos envía una carta explicando la demora. (Tenga en cuenta, sin embargo, que esta multa no es obligatoria si no presentó un formulario de reclamo por su lesión).

Se le podría otorgar un total del 25 por ciento de cada pago atrasado, hasta \$10,000, si no hubiera una justificación razonable para el retraso.

¿Podría resolverse mi caso por conciliación?

Sí. Después de que se clasifica su incapacidad, el administrador de reclamos puede ofrecerle una conciliación para su caso. Una conciliación es un acuerdo entre usted y el administrador de reclamos. Hay dos maneras diferentes de llegar a una conciliación:

1. Estipulaciones con pedido de adjudicación ("Stips")

- **Pagos.** Usted y el administrador de reclamos acuerdan cuándo y por cuánto tiempo continuará recibiendo pagos por PD. También acordarán de cuánto será cada pago.
- **Atención médica.** Por lo general, el administrador de reclamos acuerda seguir pagando la atención médica por su lesión, siempre y cuando la atención sea necesaria. **Nota:** Las directrices para el tratamiento médico de las lesiones laborales se describen en el capítulo 3 (vea "¿Qué tipo de atención médica está disponible para los trabajadores lesionados?"). Éstas se pueden usar incluso si se llegó a una conciliación en su caso antes de que las directrices se añadieran a la ley de compensación de trabajadores en 2003.
- **Posibles cambios en los beneficios.** Si su condición empeora, usted tiene derecho a solicitar beneficios adicionales de compensación de trabajadores. Del mismo modo, si su condición mejora, el administrador de reclamos tiene derecho a solicitar que se le reduzcan sus beneficios. Por lo general, una solicitud de aumento o disminución de los beneficios debe hacerse dentro de los cinco años siguientes a la fecha de su lesión.

2. Compromiso y Renuncia (C&R)

- **Un pago.** El administrador de reclamos acepta pagarle una suma global. Esto cubre los pagos por PD que aún no ha recibido.
- **Atención médica.** Si la suma global (arriba) cubre el costo estimado de la atención médica futura, el administrador de reclamos ya no le pagará a su médico. Esto pasa a ser su responsabilidad.
- **No hay cambios en los beneficios.** Usted no tiene derecho a solicitar beneficios adicionales de compensación de trabajadores si su condición empeora. Del mismo modo, el administrador de reclamos no tiene derecho a solicitar que se reduzcan sus beneficios si su condición mejora.

Si usted y el administrador de reclamos llegan a un acuerdo, un juez de compensación de trabajadores debe revisarlo para determinar si es adecuado.

¿Y si no estoy de acuerdo con lo que ofrece el administrador de reclamos en la conciliación?

No está obligado a aceptar las ofertas del administrador de reclamos. Puede tratar de conciliar. Si no puede llegar a un acuerdo con el administrador de reclamos, puede presentar su caso ante un juez de compensación de trabajadores. El juez decidirá qué beneficios recibirá. Esta decisión se llama Sentencia y Fallo. Se le enviará por escrito.

Negociar una conciliación o presentar su caso ante un juez de compensación de trabajadores puede ser complicado. Para obtener ayuda, use los recursos del capítulo 11.



Negociar un acuerdo o presentar su caso ante un juez de compensación de trabajadores puede ser complicado. Para obtener ayuda, use los recursos del capítulo 11.

Capítulo 8: Beneficios por muerte

Los beneficios por muerte son pagos a un cónyuge, hijo(s) o cualquier otro dependiente si un empleado muere a causa de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. El monto de este beneficio depende del número de dependientes totales y/o parciales al momento de la muerte del trabajador.

En caso de que haya uno o varios menores dependientes, una vez abonados los montos indicados en la siguiente tabla, los beneficios por muerte se prolongarán hasta que el hijo menor cumpla 18 años (los menores con discapacidad perciben los beneficios de por vida).

Los beneficios por muerte se pagan bajo la clasificación de incapacidad total temporal, pero no menos de \$224.00 por semana. El periodo dentro del cual se deben iniciar los procedimientos para el cobro de beneficios por muerte variará, pero no puede iniciarse más de 240 semanas después de la fecha de lesión/muerte.

El monto de los beneficios por muerte depende del número de dependientes totales y/o parciales al momento de la muerte del trabajador. En lo que respecta a los gastos fúnebres, el empleador es responsable de los gastos fúnebres razonables de un empleado que haya fallecido como resultado de una lesión relacionada con el trabajo. Consulte la siguiente tabla para conocer los montos máximos de gastos fúnebres. Para obtener más información, visite el sitio web:

<https://www.dir.ca.gov/dwc/Spanish/WorkersCompensationBenefits.htm>

Cantidad del beneficio por muerte con base en el número de dependientes y en la fecha

FECHAS	1 DEPENDIENTE TOTAL	2 DEPENDIENTES TOTALES	3 O MÁS DEPENDIENTES TOTALES	1 DEPENDIENTE TOTAL MÁS 1 O MÁS DEPENDIENTES PARCIALES	1 O MÁS DEPENDIENTES PARCIALES
1/7/1996-31/12/2005	\$125,000	\$145,000	\$160,000	\$125,000 más 4x de apoyo anual para dependientes parciales que no exceda los \$145,000	4x de apoyo anual para dependientes parciales que no exceda los \$125,000
El/Después del 1/1/2006	\$250,000	\$290,000	\$320,000	\$250,000 más 4x de apoyo anual para dependientes parciales, que no exceda los \$290,000	8x de apoyo anual para dependientes parciales que no exceda los \$250,000

Gastos fúnebres

FECHAS	Gastos fúnebres
1 de enero de 1991 - 31 de diciembre de 2012	\$5,000
El 1 de enero de 2013, o después	\$10,000

Según el Código Laboral 4706.5 (a), si no hay dependientes, los pagos deben realizarse a la División de Relaciones Industriales (DIR). El monto a pagar es igual al beneficio por muerte de dependientes totales que se pagaría a un cónyuge sobreviviente sin hijos menores dependientes. Por muerte en el lugar de trabajo después del 1/1/2006, el monto es de \$250,000.

Capítulo 9: Beneficios suplementarios por el desplazamiento de trabajo



Si desea conocer algunos consejos sobre cómo mantener su reclamo en vías de resolverse, consulte la página 9. Consulte también el capítulo 11.

Si se lesionó en 2004 o después y padece una incapacidad parcial permanente, puede tener derecho a percibir un beneficio suplementario por el desplazamiento de trabajo (SJDB, por sus siglas en inglés).

El tipo de SJDB que puede percibir y los procedimientos para obtener este beneficio dependen de la fecha de su lesión y de si su empleador le ofrece un trabajo adecuado (tal y como se describe en el capítulo 6). En el primer apartado de este capítulo se describe el beneficio al que pueden acceder los trabajadores lesionados en 2013 o después. En el segundo apartado se describe el beneficio al que tienen derecho los trabajadores lesionados entre 2004 y 2012.

SI SUFRIÓ LA LESIÓN EN 2013 O DESPUÉS

¿Qué es un beneficio suplementario por el desplazamiento de trabajo?

El beneficio suplementario por el desplazamiento de trabajo es un vale que promete ayudar a pagar la nueva capacitación académica o la mejora de las habilidades, o ambas cosas, en escuelas elegibles. Puede usar el vale para pagar la inscripción, las tarifas, los libros, las herramientas u otros gastos exigidos por el centro educativo para la actualización o mejora de las habilidades, así como las tarifas de obtención de licencias o certificaciones profesionales, las tarifas de los exámenes correspondientes y las tarifas de los cursos de preparación para los exámenes.

Se pueden utilizar hasta \$600 del dinero del vale para pagar los servicios de una agencia de colocación autorizada, un asesor profesional o de reincorporación al trabajo (una persona que ayuda a los trabajadores lesionados a desarrollar sus metas y planes de reincorporación al trabajo) y la preparación del curriculum vitae.

Se pueden usar hasta \$1000 para adquirir equipos informáticos.

Se pueden usar hasta \$500 del dinero del vale, previa solicitud, para gastos diversos sin recibos u otra documentación.

¿Cuál es la cantidad en dólares de este beneficio?

El vale se puede canjear por un importe máximo de \$6,000, independientemente de cómo esté clasificada su incapacidad permanente. No puede canjear el vale como parte de una conciliación de su caso.

¿Cómo puedo obtener este beneficio?

El administrador de reclamos debe ofrecerle un beneficio suplementario por el desplazamiento de trabajo si se cumplen los siguientes requisitos:

- Su lesión le provocó una incapacidad parcial permanente.
- Su empleador no le ofrece un trabajo regular, modificado o alternativo dentro de los 60 días posteriores a la recepción por parte del administrador de reclamos del "Informe del médico sobre la reincorporación al trabajo y el vale" descrito en el capítulo 6.

El administrador de reclamos envía el vale en un formulario llamado "Formulario de vale suplementario por el desplazamiento de trabajo no transferible" (DWC-AD 10133.32).

¿Cuándo recibo el vale?

El administrador de reclamos debe ofrecerle el vale dentro de los 20 días posteriores a la finalización del periodo en que su empleador puede ofrecerle un trabajo regular, modificado o alternativo (consulte el capítulo 7).

¿A qué escuelas puedo asistir?

El vale le ayuda a pagar la asistencia a una escuela pública de California o a recibir capacitación con un proveedor que figure en la Lista de Proveedores de Capacitación Elegibles (ETPL, por sus siglas en inglés) del estado. Esta lista está publicada en el sitio web del Departamento de Desarrollo del Empleo: <https://edd.ca.gov/es/jobs-and-training/eligible-training-provider-list-espanol/>.

¿Qué asesores vocacionales o de regreso al trabajo puedo usar?

La División de Compensación de Trabajadores mantiene una lista de asesores vocacionales y de reincorporación al trabajo calificados. Para ver la lista, comuníquese con un funcionario de Información y Asistencia al **1-800-736-7401**. Visite también el sitio web del DWC: www.dwc.ca.gov.

¿Cómo debo usar el vale para pagar mis gastos?

Si presenta el vale al centro educativo y al asesor que haya elegido, éstos pueden ponerse en contacto con el administrador de reclamos para que le paguen directamente. Si usted paga los gastos directamente y presenta los recibos al administrador de reclamos, éste le reembolsará el dinero. Debe hacerlo en un plazo de 45 días a partir de la recepción de los recibos junto con su vale firmado.

¿Hay una fecha límite para usar el vale?

Sí. El vale vence a los dos años de la fecha en que se le entregó o a los cinco años de la fecha de la lesión, si esta última es posterior. Todos los gastos deben realizarse y presentarse junto con los recibos y demás documentación requerida antes de la fecha de vencimiento.

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

Puede ponerse en contacto con su empleador, con el administrador de reclamos, con un funcionario de Información y Asistencia, con un abogado o con su sindicato (si cuenta con uno). Estos recursos se describen en el capítulo 11. No se demore, porque hay *fechas límite* para actuar y proteger sus derechos.

SI SUFRIÓ LA LESIÓN EN 2004 - 2012

¿Qué es un beneficio suplementario por el desplazamiento de trabajo?

El beneficio suplementario por el desplazamiento de trabajo es un vale que promete ayudar a pagar la nueva capacitación académica o la mejora de las habilidades, o ambas cosas, en escuelas aprobadas o acreditadas por el estado. Puede usar el vale para pagar la inscripción, las tarifas, los libros u otros gastos requeridos por la escuela para la actualización o mejora de las habilidades. Se puede usar hasta un 10% del importe del vale para pagar los servicios de un asesor profesional o de reincorporación al trabajo, una persona que ayuda a los trabajadores lesionados a desarrollar sus metas y planes de reincorporación al trabajo.

¿Cuál es la cantidad en dólares de este beneficio?

La cantidad depende de la clasificación que un juez de compensación de trabajadores considere adecuada para su incapacidad permanente. El juez hace esta determinación cuando revisa el acuerdo de su caso o cuando emite una Sentencia y Fallo de su caso. Para obtener más información sobre la clasificación de la incapacidad permanente, consulte el capítulo 7.

Las cantidades en dólares de los vales son las siguientes:

- Hasta \$4,000 por clasificaciones de incapacidad permanente menores al 15 por ciento.
- Hasta \$6,000 por clasificaciones de incapacidad permanente entre el 15 y el 25 por ciento.
- Hasta \$8,000 por clasificaciones de incapacidad permanente entre el 26 y el 49 por ciento.
- Hasta \$10,000 por clasificaciones de incapacidad permanente entre el 50 y el 99 por ciento.

¿Cómo puedo obtener este beneficio?

El administrador de reclamos debe enviarle un beneficio suplementario por el desplazamiento de trabajo si se cumplen los siguientes requisitos:

- Su empleador no le ofrece un trabajo modificado o alternativo en los 30 días siguientes al pago final por incapacidad temporal (TD);
- No regresa a trabajar para su empleador en los 60 días siguientes a ese pago; y
- Su lesión le provocó una incapacidad parcial permanente.

El administrador de reclamos envía el vale en un formulario llamado "Formulario de vale para la capacitación suplementaria por el desplazamiento de trabajo no transferible" (DWC-AD 10133.57).

¿Cuándo recibo el vale?

El administrador de reclamos debe enviarle el vale dentro de los 25 días después de que un juez de compensación de trabajadores emita una indemnización por incapacidad parcial permanente.

¿A qué escuelas puedo asistir?

El vale le ayuda a pagar para que asista a una escuela aprobada o acreditada por el estado. Puede ser un colegio comunitario de California, una universidad estatal de California o la Universidad de California.

O puede ser una escuela privada que esté:

- Acreditada por una de las asociaciones regionales de escuelas y universidades autorizadas por el Departamento de Educación de EE.UU.; o
- Aprobada por la Oficina de Educación Postsecundaria Privada de California; o
- Certificada por la Administración Federal de Aviación.

¿Qué asesores vocacionales o de regreso al trabajo puedo usar?

La División de Compensación de Trabajadores mantiene una lista de asesores vocacionales y de reincorporación al trabajo calificados. Para ver la lista, visite el sitio web: https://www.dir.ca.gov/dwc/sjdb/vrtwc_list.pdf. Para obtener más información, puede ponerse en contacto con un funcionario de Información y Asistencia al 1-800-736-7401. Consulte también el sitio web del DWC: www.dwc.ca.gov. Si tiene preguntas o dudas sobre el programa o los asesores, envíe un correo electrónico a VRTWCInfor@dir.ca.gov.

¿Cómo debo usar el vale para pagar mis gastos?

Si presenta el vale al centro educativo y al asesor que haya elegido, éstos pueden ponerse en contacto con el administrador de reclamos para que le paguen directamente. Si usted paga los gastos directamente y presenta los recibos al administrador de reclamos, éste le reembolsará el dinero. Debe hacerlo en un plazo de 45 días a partir de la recepción de los recibos junto con su vale firmado.

¿Hay una fecha límite para usar el vale?

Sí. Los vales emitidos en 2013 o más tarde vencen dos años después de la fecha en que se le entregó, o cinco años después de la fecha de su lesión, lo que ocurra más tarde. Todos los gastos deben realizarse y presentarse junto con los recibos y demás documentación requerida antes de la fecha de vencimiento.

Los vales emitidos antes de 2013 no tienen fecha de vencimiento.

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

Puede ponerse en contacto con su empleador, con el administrador de reclamos, con un funcionario de Información y Asistencia, con un abogado o con su sindicato (si cuenta con uno). Estos recursos se describen en el capítulo 11. No se demore, porque hay *fechas límite* para actuar y proteger sus derechos.



Para obtener más información del SJDB, consulte el capítulo 9.

Capítulo 10: Programa Suplementario de Regreso al Trabajo

El Programa Suplementario de Regreso al Trabajo (RTWSP, por sus siglas en inglés), administrado por el Departamento de Relaciones Industriales, se creó en abril de 2015 con el fin de realizar un pago suplementario único a los trabajadores que experimentan una pérdida desproporcionada de ingresos.

¿Quiénes pueden recibir un suplemento de regreso al trabajo?

Usted puede recibir un Suplemento de Regreso al Trabajo si su fecha de lesión es del 1 de enero de 2013 o posterior, y ha recibido un vale del Beneficio Suplementario por el Desplazamiento de Trabajo (SJDB) por esa lesión.

¿Cuál es la fecha límite para solicitarlo?

La solicitud para recibir el beneficio suplementario debe ser recibida por el RTWSP en el plazo de un año a partir de la fecha en que el vale SJDB fue entregado al solicitante o en el plazo de un año a partir del 13 de abril de 2015, la fecha de implementación de los reglamentos, lo que ocurra más tarde.

¿Cuál es la cantidad en dólares del suplemento de regreso al trabajo?

Se emite un suplemento de regreso al trabajo de \$5,000 por única vez a un trabajador lesionado que cumpla con los criterios de elegibilidad.

¿Cómo solicito el suplemento?

La solicitud del RTWSP sólo está disponible en línea en <https://www.dir.ca.gov/RTWSP/RTWSPApplication.html>.

Si no tiene acceso a una computadora, todas las oficinas del distrito del DWC disponen de un quiosco cerca de la oficina de Información y Asistencia, equipado con una computadora, un escáner y una impresora para su uso. Llame a la oficina de Información y Asistencia para consultar la disponibilidad del quiosco al **1-800-736-7401**.

¿Qué información necesito para completar una solicitud (además de mi nombre, dirección y número de teléfono)?

- Número del Seguro Social o ID fiscal.
- Vale SJDB o prueba de entrega del vale SJDB.
 - El vale SJDB debe estar en formato pdf o tiff para cargarlo y adjuntarlo a la solicitud en línea.
- Número de adjudicación (a veces llamado "número ADJ").
 - El número ADJ se puede encontrar en la mayoría de los documentos presentados ante el DWC. También puede buscar su número ADJ usando la función de búsqueda de EAMS (<https://eams.dwc.ca.gov/WebEnhancement/>) o puede ponerse en contacto con la oficina de Información y Asistencia más cercana para obtener ayuda.
 - Si no tiene un número ADJ, póngase en contacto con la Unidad de Información y Asistencia llamando al **1-800-736-7401**.
- Número de reclamo de compensación de trabajadores
 - El número de reclamo puede encontrarse en cualquier documento recibido de su ajustador de reclamos o compañía de seguros.
- Las instrucciones para rellenar la solicitud están disponibles en inglés y español en www.dir.ca.gov/RTWSP/RTWSP.html.

¿Qué sucede después de entregar mi solicitud?

El RTWSP examinará las solicitudes entregadas en un plazo de 60 días a partir de la fecha de presentación. Si se considera que usted es elegible para recibir el suplemento, el pago se le emitirá en un plazo de 25 días a partir de la fecha de la determinación de la elegibilidad.

¿Y si no estoy de acuerdo con la decisión de elegibilidad del RTWSP?

Si no está de acuerdo con la decisión de elegibilidad final, puede apelar ante la WCAB en un plazo de 20 días a partir de la notificación de la decisión de elegibilidad presentando una petición de apelación de la denegación o el suplemento de regreso al trabajo y entregando una copia de la petición a la Unidad RTWSP. La dirección está en el aviso de beneficios.

Para recibir mayor asistencia, contacte al personal del RTWSP al correo electrónico rtwsp@dir.ca.gov o llame al **510-286-0787**, de lunes a viernes, 8:00 a. m. – 5:00 p. m. (Hora Estándar del Pacífico, PST).

Capítulo 11: Más información y ayuda



Si desea conocer algunos consejos sobre cómo mantener su reclamo en vías de resolverse, consulte la página 9.

Su empleador

Su empleador debe publicar información y brindarle materiales escritos que expliquen la compensación de trabajadores. Si tiene preguntas, puede comunicarse con su supervisor, alguien más en la gerencia o el departamento de personal o beneficios de su empleador. Para ver una muestra del formulario, visite el sitio web: <https://www.dir.ca.gov/dwc/noticeposter.pdf>.

El administrador de reclamos

Esta persona maneja los reclamos de compensación de trabajadores para su empleador. La mayoría de los administradores de reclamos trabajan para compañías de seguros u otras organizaciones que manejan los reclamos de diversos empleadores. Algunos administradores de reclamos trabajan directamente para grandes empleadores que se encargan de sus propios reclamos. Esta persona también se conoce como examinador de reclamos o ajustador de reclamos. El administrador de reclamos debe enviarle información por escrito sobre su reclamo y puede responder preguntas. Si no puede comunicarse con el administrador de reclamos, pida hablar con su supervisor.

División de Compensación de Trabajadores

El DWC administra las leyes de compensación de trabajadores y brinda información y ayuda a los trabajadores lesionados. Revise las Páginas del Gobierno al principio de las páginas blancas de una guía telefónica. Busque en: Oficinas del gobierno estatal/Relaciones industriales. Visite también el sitio web del DWC: www.dwc.ca.gov.

Información y Asistencia Los funcionarios de I&A responden preguntas y ayudan a los trabajadores lesionados a resolver problemas con sus reclamos. Sus servicios son gratuitos. Para obtener más información, consulte “Preguntas y respuestas sobre los servicios de Información y Asistencia” en el capítulo 11. Puede acceder a todos los formularios mencionados en esta guía en nuestro sitio web: <https://www.dir.ca.gov/dwc/forms.html>.

Unidad Médica. Esta unidad supervisa las redes de proveedores médicos (MPN), la revisión médica independiente cuando un trabajador lesionado no está de acuerdo con los médicos de la MPN, las organizaciones de atención médica (HCO), los evaluadores médicos calificados (EMC), los planes de revisión de utilización (UR) y la revisión médica independiente (IMR) cuando un trabajador lesionado no está de acuerdo con la decisión de denegar el tratamiento recomendado por un médico tratante. Para obtener información o informar un problema, llame al número gratuito: **1-800-794-6900** o al **1-510-286-3700**. Visite también el sitio web de la Unidad Médica: www.dir.ca.gov/dwc/MedicalUnit/imchp.html.

Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores. Es aquí donde los jueces de compensación de trabajadores atienden los casos y toman decisiones sobre problemas y disputas. Si un problema no puede resolverse mediante conversaciones con el administrador de reclamos, un funcionario de I&A puede ayudarle a solicitar una audiencia ante un juez de compensación de trabajadores, o un abogado puede solicitar una audiencia y representarlo ante el juez. Si no está de acuerdo con la decisión de un juez de compensación de trabajadores, puede solicitar la reconsideración de la decisión del juez por una Junta de Apelaciones compuesta por siete miembros.

Comisión de Salud y Seguridad y Compensación de Trabajadores (CHSWC)

La Comisión de Salud y Seguridad y Compensación de Trabajadores (CHSWC, por sus siglas en inglés) realiza estudios continuos y hace recomendaciones para mejorar el sistema de compensación de trabajadores y las actividades del estado para prevenir lesiones laborales. Los estudios, informes y documentos se publican en línea en el sitio web de la CHSWC: www.dir.ca.gov/chswc/.

Abogados de solicitantes

Estos son abogados que representan a trabajadores lesionados en sus casos de compensación de trabajadores. Para obtener más información, consulte "Preguntas y respuestas sobre abogados" en la página 51.

Su médico tratante principal

Puede preguntarle a su médico tratante sobre el tipo de atención médica que necesita, el tipo de trabajo que puede realizar mientras se recupera y si tendrá una incapacidad permanente. También puede pedirle a su médico tratante principal y a cualquier especialista que le envíen copias a usted de todos los informes médicos que envíen al administrador de reclamos.

Organizaciones laborales

Su sindicato puede ayudarle a resolver problemas con su reclamo de compensación de trabajadores, informarle sobre otros beneficios, negociar los cambios necesarios en su trabajo, protegerlo de la discriminación y remitirlo a servicios legales. También puede buscar ayuda de un consejo laboral central o de un consejo de la construcción de su área.

Clínicas de salud ocupacional

Los médicos de las clínicas de salud ocupacional se especializan en lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo. Para obtener información sobre clínicas de salud ocupacional, llame a la Asociación de Clínicas Ocupacionales y Ambientales (AOEC) al **1-888-347-2632**, o consulte con su médico personal o plan de salud. Consulte también el sitio web de la AOEC: www.aoec.org.

Organizaciones y agencias de salud y seguridad

Para obtener ayuda con riesgos para la salud o la seguridad en el trabajo:

División de Seguridad y Salud Ocupacional de California (Cal/OSHA). Revise las Páginas del Gobierno al principio de las páginas blancas de una guía telefónica. Busque: Oficinas del Gobierno Estatal/Relaciones Industriales/Seguridad y Salud Ocupacional. Cal/OSHA atiende quejas de los trabajadores, inspecciona los lugares de trabajo y hace cumplir las leyes de salud y seguridad. Consulte también el sitio web de Cal/OSHA: www.dir.ca.gov/dosh/Spanish/dosh1.html.

Programa de Salud Ocupacional (LOHP), Universidad de California en Berkeley (teléfono: **1-510-642-5507**; sitio web: www.lohp.org). Ofrece información, capacitación y ayuda en materia de salud y seguridad, incluida la compensación de trabajadores. Atiende a trabajadores, sindicatos y otras entidades de California y de todo el país.





Programa de Salud y Seguridad Laboral (LOSH), Universidad de California en Los Ángeles (teléfono: **1-310-794-5964**; sitio web: www.losh.ucla.edu). Ofrece información, capacitación y ayuda en materia de salud y seguridad, incluida la compensación de trabajadores. Atiende a trabajadores, sindicatos y otras entidades de California y de todo el país.

Otras agencias estatales y federales: Ayuda económica

Departamento del Desarrollo del Empleo de California (EDD) (teléfono: **1-800-480-3287**; **1-800-333-4606**). Para encontrar una oficina local, consulte las Páginas del Gobierno en la parte delantera de las páginas blancas de una guía telefónica. Busque en: Oficinas del Gobierno Estatal. El EDD facilita información sobre los beneficios del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI) y del Seguro de Desempleo (UI). Visite también el sitio web del EDD: www.edd.ca.gov.

Administración del Seguro Social (SSA) de EE. UU. (teléfono: **1-800-772-1213**). Para encontrar una oficina local, consulte las Páginas del Gobierno en la parte delantera de las páginas blancas de una guía telefónica. Busque en: Oficinas del Gobierno de los Estados Unidos. La SSA facilita información sobre los beneficios por incapacidad del Seguro Social y otros beneficios. Visite también el sitio web de la SSA: www.ssa.gov/es.

Otras agencias estatales y federales: Quejas por discriminación

Ley de compensación de trabajadores. Si usted es discriminado por presentar un reclamo de compensación de trabajadores o por sufrir una lesión laboral, puede ponerse en contacto con un funcionario de Información y Asistencia, un abogado de solicitantes o su sindicato (si cuenta con uno).

¿Ayuda económica? La Junta de Compensación para Víctimas y Reclamaciones Gubernamentales (VCGCB, por sus siglas en inglés) administra el Programa de Compensación a las Víctimas de California (CalVCP). Este programa puede reembolsar a las víctimas los gastos relacionados con el delito, como tratamientos médicos y de salud mental, gastos funerarios, reubicación y pérdida de ingresos. Para obtener más información, visite el sitio web de la VCGCB: <https://online.victims.ca.gov/>.

Leyes sobre derechos de las personas con discapacidad. Si sufre discriminación por una discapacidad permanente u otra afección médica, puede ponerse en contacto con un abogado especializado en derecho laboral. Puede obtener los nombres de abogados en el colegio de abogados local, la sociedad de asistencia jurídica del condado, su sindicato (si tiene uno) u otros trabajadores lesionados. También puede ponerse en contacto con el Colegio de Abogados de California para informarse sobre los servicios de referencia de abogados (teléfono gratuito: **1-866-442-2529**; sitio web: www.calbar.ca.gov), o consultar las páginas amarillas de una guía telefónica y buscar en: *Servicio de Referencia de Abogados*. También puede pedir ayuda a estas agencias:

- **Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo de EE.UU. (EEOC)** (teléfono: **1-800-669-4000**). Para encontrar una oficina local, consulte las Páginas del Gobierno en la parte delantera de las páginas blancas de una guía telefónica. Busque en: Oficinas del Gobierno de los Estados Unidos/Discriminación. Consulte también el sitio web de la EEOC: www.eeoc.gov/es.
- **Departamento de Derechos Civiles del Estado de California** (teléfono: **1-800-884-1684**). Para encontrar una oficina local, consulte las Páginas del Gobierno en la parte delantera de las páginas blancas de una guía telefónica. Busque en: Oficinas del Gobierno Estatal. Sitio web: <https://calcivilrights.ca.gov/>.

Libros y otros materiales



Tasas para clasificar las incapacidades permanentes. Esta publicación estatal se utiliza para clasificar las incapacidades permanentes. Existen tres tasas, en función de la fecha de la lesión y de la fase en que se encuentre su reclamo. Para consultar la tasa que le corresponde, llame a la Unidad de Información y Asistencia al **1-800-736-7401** o vaya al sitio web de la División de Compensación de Trabajadores:
<http://www.dir.ca.gov/dwc/dwcrep.htm>.

If Your Employer Is Illegally Uninsured: How to Apply for Workers' Compensation Benefits (2011) y **Si su Empleador se Encuentra Ilegalmente Sin Seguro: Cómo Solicitar los Beneficios de Compensación del Trabajador (2011)**, elaborados por el Instituto de Investigación sobre Trabajo y Empleo de la UC Berkeley. Un folleto en inglés y español para los trabajadores de California cuyos empleadores carecen ilegalmente de seguro de compensación de trabajadores. Este folleto analiza 10 pasos básicos para solicitar beneficios del Fondo Fiduciario de Beneficios para Empleadores Sin Seguro del estado si el empleador no paga dichos beneficios. Para obtener una copia sin costo, contacte a la Comisión de Salud y Seguridad y Compensación de Trabajadores (teléfono: **1-510-622-3959**; sitio web: www.dir.ca.gov/chswc/).

Ejercicio de la compensación de trabajadores de California, 5ª edición (actualizada en julio de 2015), Educación continua del Colegio de Abogados de California. Una referencia exhaustiva para abogados, disponible en bibliotecas jurídicas (sitio web: www.ceb.com).

Ayudando a los empleados lesionados a volver al trabajo: Guía práctica conforme a las leyes de compensación de trabajadores y de derechos de las personas con discapacidad en California (febrero de 2010), elaborado por el Instituto de Investigación sobre Trabajo y Empleo de la UC Berkeley. Para los pequeños empleadores, este manual describe cómo establecer y aplicar un programa eficaz de reincorporación al trabajo, coordinar la reincorporación al trabajo con los beneficios de compensación de trabajadores y, en última instancia, reforzar el entorno laboral y la salud general de una empresa u organización. Para los empleados, describe las funciones y responsabilidades de cada uno y lo que cabe esperar del proceso. Para obtener una copia sin costo, contacte a la Comisión de Salud y Seguridad y Compensación de Trabajadores (teléfono: **1-510-622-3959**; sitio web: www.dir.ca.gov/chswc/).

Cómo desarrollar un Acuerdo Labrado de Compensación de Trabajadores en California: Consejos prácticos para sindicatos y empleadores (2006). Folleto dirigido a sindicatos y empleadores que deseen crear un sistema alternativo de beneficios a trabajadores lesionados y de resolución de problemas y conflictos, elaborado por el Instituto de Relaciones Industriales y el Programa de Salud Laboral de la Universidad de Berkeley. Para obtener una copia sin costo, contacte a la Comisión de Salud y Seguridad y Compensación de Trabajadores (teléfono: **1-510-622-3959**; sitio web: www.dir.ca.gov/chswc/).

Preguntas y respuestas sobre los servicios de Información y Asistencia

P. ¿Qué recursos tengo a mi disposición si me lesiono en el trabajo?

R. La Unidad de I&A tiene varias hojas informativas, formularios y guías para ayudarlo a lo largo de un caso de compensación de trabajadores. Los servicios y formularios también están disponibles en varios idiomas. Para acceder a los documentos en línea, visite el sitio web: https://www.dir.ca.gov/dwc/iwguides_Spanish.html.

Las hojas informativas y guías incluyen:

Hoja informativa para trabajadores lesionados: Datos básicos sobre la compensación de trabajadores para trabajadores lesionados

Hoja informativa A: Respuestas a sus preguntas sobre la revisión de utilización

Hoja informativa B: Glosario de términos de compensación de trabajadores para trabajadores lesionados

Hoja informativa C: Respuestas a sus preguntas sobre beneficios por incapacidad temporal

Hoja informativa D: Respuestas a sus preguntas sobre beneficios por incapacidad permanente

Hoja informativa E: Respuestas a sus preguntas sobre evaluadores médicos calificados y evaluadores médicos acordados

Hoja informativa F: Respuestas a sus preguntas sobre el Fondo Fiduciario de Beneficios para Empleadores Sin Seguro del estado

Guía I&A 1: Cómo presentar un formulario de reclamo de compensación de trabajadores

Guía I&A 2: Cómo solicitar una evaluación médica calificada

Guía I&A 3: Cómo objetar a su clasificación sumaria

Guía I&A 4: Cómo presentar una solicitud de adjudicación de reclamo

Guía I&A 5: Cómo presentar una declaración de disposición a proceder

Guía I&A 6: Cómo solicitar una audiencia acelerada

Guía I&A 7: Cómo presentar una petición por discriminación (Código Laboral 132a)

Guía I&A 8: Cómo presentar una petición por falta grave y dolosa

Guía I&A 9: Cómo presentar una petición de conmutación

Guía I&A 10: Cómo presentar un derecho de retención

Guía I&A 11: Cómo presentar una petición de reapertura

Guía I&A 12: Cómo presentar un recurso de reconsideración

Guía I&A 13: Cómo presentar un recurso del director administrativo

Guía I&A 14: Cómo presentar una queja ante la Unidad de Auditoría

Guía I&A 15: Cómo despedir a su abogado

Guía I&A 16: Cómo presentar un reclamo ante el Fondo Fiduciario de beneficios para empleadores sin seguro

Guía I&A 16A: Cómo nombrar correctamente a su empleador para el Fondo Fiduciario de Beneficios para Empleadores Sin Seguro

Guía I&A 16B: Cómo notificar a su empleador en un caso del Fondo Fiduciario de Beneficios para Empleadores Sin Seguro

Guía I&A 17: Cómo llenar la portada de un documento

Guía I&A 18: Cómo llenar una hoja de separación de documentos

Guía I&A 19: Cómo presentar una petición de apelación de la determinación de revisión médica independiente del director administrativo

Guía I&A 20: Cómo presentar una petición de cambio de sede

Guía I&A 21: Cómo presentar una petición de sanciones

Guía I&A 22: Cómo obtener un formulario de citación judicial

P. ¿Cómo puede ayudarme un funcionario de I&A?

R. Un funcionario de I&A puede:

- Responder preguntas básicas, llamar al administrador de reclamos para ayudar a aclarar malentendidos, o tener reuniones para ayudar a resolver disputas.
- No puede preparar activamente su caso, llenar formularios o argumentar en su nombre, ni hablar como su representante (a diferencia de un abogado).

P. ¿Cómo puedo ponerme en contacto con un funcionario de I&A?

R. Para ponerse en contacto con un funcionario de I&A:

- Llame gratis (teléfono: **1-800-736-7401**) o consulte la siguiente página para encontrar una oficina local de I&A cerca de usted.
- Asista a un taller en línea gratuito de I&A de una hora de duración (diseñado principalmente para trabajadores lesionados que no tienen abogados y cuyos casos han sido aceptados y tienen preguntas generales). Visite el sitio web: https://www.dir.ca.gov/dwc/workshop/Workshop_Spanish.htm

Oficinas de Información y Asistencia de la División de Compensación de Trabajadores (DWC)

Los funcionarios de Información y Asistencia (I&A) responden a las preguntas y ayudan a los trabajadores lesionados; sus servicios son gratuitos. (Los números que figuran a continuación estaban vigentes en abril de 2023). Visite el sitio web para obtener más información: <https://www.dir.ca.gov/dwc/Spanish/landA.html>

Para oír los mensajes grabados, llame gratis al: 1-800-736-7401.

Oficinas del Distrito

Anaheim	1-714-414-1801	
Bakersfield.....	1-661-395-2514	
Eureka.....	1-707-441-5723	*sólo oficina virtual
Fresno	1-559-445-5355	
Lodi	1-209-948-7759	
Long Beach	1-562-590-5001	
Los Ángeles	1-213-576-7389	
Marina del Rey.....	1-310-482-3820	
Oakland.....	1-510-622-2861	
Oxnard.....	1-805-485-3528	
Pomona	1-909-623-8568	
Redding	1-530-225-2047	
Riverside.....	1-951-782-4347	
Sacramento.....	1-916-928-3158	
Salinas.....	1-831-443-3058	
San Bernardino.....	1-909-383-4522	
San Diego.....	1-619-767-2082	
San Francisco.....	1-415-703-5020	
San José	1-408-277-1292	
San Luis Obispo	1-805-596-4159	
Santa Ana.....	1-714-558-4121	
Santa Bárbara.....	1-805-884-1390	
Santa Rosa	1-707-576-2452	
Van Nuys.....	1-818-901-5367	

Para conocer las direcciones de las oficinas de distrito, consulte las Páginas del Gobierno en las páginas blancas de su guía telefónica. Busque en "Oficinas del Gobierno Estatal/Relaciones Industriales/Compensación de Trabajadores".

Visite también el sitio web del DWC, www.dwc.ca.gov.

Preguntas y respuestas sobre abogados



P. ¿Cómo puede ayudarme un abogado?

R. El trabajo del abogado del solicitante es hacer lo siguiente:

- Proteger sus derechos.
- Planear una estrategia para su caso a fin de obtener todos los beneficios que se le deben pagar.
- Defenderlo a usted.
- Recopilar información de apoyo para su reclamo.
- Estar al tanto de las fechas límite.
- Representarlo en las audiencias frente a un juez de compensación de trabajadores.
- Informarle de reclamos y beneficios adicionales que podrían estar disponibles para usted.

P. ¿Cómo se le paga a los abogados?

R. La mayoría de los abogados de solicitantes ofrecen una consulta gratuita. Si contrata a un abogado, no tiene que pagarle enseguida. En vez de eso, los honorarios del abogado se descuentan posteriormente de algunos de sus beneficios. Los honorarios suelen oscilar entre el 9% y el 15% del importe final de la conciliación final o indemnización por incapacidad permanente. Un juez de compensación de trabajadores debe aprobar los honorarios.

Nota: Generalmente, los abogados de solicitantes no toman casos donde el trabajador lesionado no tiene una incapacidad o trastorno permanente.

P. ¿Cuándo necesito un abogado?

R. Podría necesitar un abogado si:

- Usted cree que su empleador o el administrador de reclamos le está tratando injustamente o reteniendo los beneficios; o
- Usted tiene una incapacidad permanente que lo limita o le causa dolor; o
- No está seguro de cómo proceder con su caso y nadie más le ayuda.

P. ¿Cuáles son los posibles inconvenientes de contratar a un abogado?

R. Los honorarios del abogado se descontarán de sus beneficios. Además, es posible que otras personas implicadas en su caso sólo puedan hablar con su abogado sobre asuntos importantes, y no puedan hablar directamente con usted.

P. ¿Cómo elijo a un abogado?

R. Elija uno con experiencia en compensación de trabajadores, preferiblemente uno que esté certificado por el Colegio de Abogados del Estado de California como especialista en compensación de trabajadores. Puede obtener los nombres de los abogados de solicitantes en el Colegio de Abogados del Estado de California (teléfono: Región Norte **1-415-538-2000** o Región Sur **1-213-765-1000**; sitio web: www.calbar.ca.gov), en un colegio de abogados local, en la Asociación de Abogados de Solicitantes de California (teléfono: **1-800-648-3132** dentro de California; sitio web: www.caaa.org), en una sociedad de ayuda legal del condado, en su sindicato (si cuenta con uno) o con otros trabajadores lesionados.

Haga una elección cuidadosa. En su primera reunión, observe qué tan bien que el abogado y su personal se comunican con usted. Si contrata a un abogado y luego quiere cambiar, puede resultar difícil encontrar otro que acepte su caso.

Haga una elección cuidadosa. Si contrata un abogado y después desea cambiarlo, podría ser difícil encontrar otro abogado que tome su caso.

Apéndice A: Leyes y regulaciones importantes.

A continuación se enumeran las leyes y reglamentos que rigen sus derechos y obligaciones en el sistema de compensación de trabajadores de California.

Para consultar las leyes, diríjase a <https://leginfo.legislature.ca.gov>.

Para consultar los reglamentos, diríjase a <https://govt.westlaw.com/calregs/>. A continuación, puede acceder a una sección normativa específica usando la función de búsqueda situada en la esquina superior derecha, que se indica con un ícono en forma de lupa. Haga clic en el ícono y escriba Título 8 y el número del artículo que busca.



Atención: Algunas reglas se basan en interpretaciones jurídicas que se encuentran en la jurisprudencia y no se detallan en los estatutos y reglamentos. La jurisprudencia incluye decisiones anteriores de jueces de compensación de trabajadores, de la Junta de Apelaciones y de tribunales estatales. Si tiene preguntas, use los recursos del capítulo 11

Introducción

Acuerdos labrados entre el empleador y el trabajador: Artículos 3201.5 a 3201.9 del Código Laboral; Artículos 10200 a 10204 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Capítulo 1

Definiciones de «lesión»: Artículos 3208, 3208.5 y 3208.1 del Código Laboral

Limitaciones de la cobertura de lesiones psiquiátricas: Artículo 3208.3 del Código laboral.

Limitaciones de la cobertura de las lesiones denunciadas tras el aviso de rescisión o despido: Artículo 3600(a) (10) del Código Laboral.

Beneficios de asistencia médica: Artículo 4600 del Código Laboral.

Beneficios por incapacidad temporal (TD) y permanente (PD): Artículos 4453 a 4459, 4650, 4658.1 y 4659 a 4664 del Código Laboral.

Beneficios suplementarios por el desplazamiento de trabajo: Artículos 4658.5, 4658.6 y 4658.7 del Código Laboral

Beneficios por muerte: Artículos 4700 a 4728 del Código Laboral.

Designación previa del médico personal o de un grupo médico: Artículos 3551(b)(3) y 4600(d) del Código Laboral; Artículos 9780(f), 9780.1 y 9783 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Designación previa de su médico personal si el empleador o la aseguradora tiene un contrato con una HCO: Artículos 3551(b)(3) y 4600.3(a) del Código Laboral; Artículos 9779.3 a 9779.4 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Informar de la lesión o enfermedad al empleador: Artículos 5400 y 5402(a) del Código Laboral.

Es ilegal discriminar (castigar o despedir) a un trabajador lesionado a causa de la lesión: Artículo 132a del Código Laboral.

El empleador debe garantizar el acceso a los servicios de emergencia médica: Artículo 3400 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Programa de prevención de lesiones y enfermedades: Artículo 6401.7 del Código Laboral; Artículo 3203 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

La atención médica como beneficio de compensación de trabajadores, independientemente del tiempo perdido: Artículo 4600(a) del Código Laboral.

Limitaciones de la cobertura para empleados residenciales temporales o a tiempo parcial: Artículos 3352(h) y 3715(b) del Código Laboral.

Definición de "contratista independiente": Artículo 3353 del Código Laboral.

Para acceder a las leyes, vaya a <https://leginfo.legislature.ca.gov> y enlace a la Ley de California.

Para ver los reglamentos, vaya a <https://govt.westlaw.com/calregs/> y haga clic en el enlace del Código de Regulaciones de California.

Cobertura para extranjeros (inmigrantes): Artículo 3351(a) del Código Laboral.

Beneficios de compensación de trabajadores, independientemente de quién haya tenido la culpa de su lesión: Artículo 3600(a) del Código Laboral.

No puede demandar a su empleador por una lesión de trabajo; excepciones: Artículos 3602, 3706 y 4558 del Código Laboral.

Capítulo 2

El empleador debe entregar o enviar por correo el formulario de reclamo en el plazo de un día laboral tras enterarse de la lesión: Artículo 5401(a) del Código Laboral; Artículos 10136 a 10139 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Función del médico tratante principal: Artículo 4061.5 del Código Laboral; Artículos 9785 a 9785.4, y 10133.36 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

El empleador debe enviar el formulario de reclamo completo al administrador de reclamos y darle una copia al trabajador lesionado: Artículo 10140(a) del Título 8, Código de Regulaciones de California.

El administrador de reclamos debe aceptar o rechazar el nuevo reclamo dentro de un plazo razonable: Artículos 5814 y 5814.6 del Código Laboral; Artículo 10109 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Avisos de denegación o demora de un reclamo: Artículos 9812(i) y (j) del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Fraude en la compensación de trabajadores: Artículos 3820 a 3823 del Código Laboral; Artículos 1871 y 1871.4 del Código de Seguros.

Se presume que un nuevo reclamo está cubierto por la compensación de trabajadores si no se rechaza en un plazo de 90 días: Artículo 5402(b) del Código Laboral.

Es ilegal discriminar (castigar o despedir) a un trabajador lesionado a causa de la lesión: Artículo 132a del Código Laboral.

Ley de Derechos Familiares de California: Artículo 12945.2 del Código Gubernamental.

Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda de California: Artículos 12900 a 12996 del Código Gubernamental.

Funcionarios de Información y Asistencia (I&A) y servicios de I&A: Artículos 139.6 y 5450 a 5454 del Código Laboral; Artículos 9921 a 9929 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Jueces de compensación de trabajadores: Artículos 123.5 y 123.6 del Código Laboral; Artículo 10330 Título 8, Código de Regulaciones de California.

Capítulo 3

El empleador debe pagar la compensación de trabajadores y debe tener un seguro o estar autoasegurado: Artículos 3600 y 3700 del Código Laboral.

Es ilegal que un proveedor médico facture al trabajador lesionado mientras el reclamo está pendiente: Artículo 3751(b) del Código Laboral.

Atención médica basada en directrices de tratamiento y otras directrices con base científica: Artículos 4600(b), 4604.5 y 5307.27 del Código Laboral; Artículos 9792.8 y 9792.20 a 9792.26 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Límites de las consultas quiroprácticas, de fisioterapia y de terapia ocupacional: Artículo 4604.5(c) del Código Laboral.

El empleador debe garantizar el acceso a servicios médicos de emergencia: Artículo 3400 Título 8, Código de Regulaciones de California.

El administrador de reclamos debe autorizar el tratamiento médico en el plazo de un día laboral tras la presentación del formulario de reclamo, hasta un máximo de \$10,000: Artículo 5402(c) del Código Laboral.

Designación previa de su médico personal o de un grupo médico: Artículos 3551(b)(3) y 4600(d) del Código Laboral; Artículos 9780(f), 9780.1 y 9783 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Designación previa de su médico personal o de un grupo médico si el empleador o aseguradora tiene un contrato con una HCO: Artículos 3551(b)(3) y 4600.3(a) del Código Laboral; Artículos 9779.3 a 9779.4 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Redes de proveedores médicos (MPN): Artículos 4616 a 4616.7 del Código Laboral; Artículos 9767.1 a 9767.17 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Organizaciones de atención médica (HCO): Artículo 4600.3 a 4600.7 del Código Laboral; Artículos 9770 a 9779.8 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Derecho a ser atendido por su médico personal si el empleador no publicó información sobre sus derechos de compensación de trabajadores: Artículos 3550(e) y 4616.3(b) del Código Laboral; Artículos 9881 y 9881.1 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Derecho a ser tratado por un médico de su elección si el empleador o el administrador de reclamos no le proporciona la atención necesaria o lo envía a un tratamiento que es completamente inadecuado: Artículo 4600(a) del Código Laboral.

Obligación del empleador de publicar información sobre la compensación de trabajadores: Artículo 3550 del Código Laboral; Artículos 9881 y 9881.1 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Cambio de médico si está siendo tratado en una MPN: Artículo 4616.3 del Código Laboral; Artículo 9767.6 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Cambio de médico si está siendo tratado en una HCO: Artículos 3209.3 y 4600.3(c), (e) y (g) del Código Laboral; Artículo 9773(b)(6) del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Un quiropráctico no puede ser médico tratante después de 24 consultas quiroprácticas: Artículo 4600(c) del Código Laboral.

Obligación de informar al administrador de reclamos el nombre y la dirección del nuevo médico tratante: Artículo 4603.2(a)(1) del Código Laboral.

Cambiar de médico si no recibe tratamiento en una MPN o HCO: Artículos 3209.3, 4600(c) y 4601(a) del Código Laboral; Artículo 9781 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Cambiar a su quiropráctico o acupunturista personal: Artículo 4601(b) y (c) del Código Laboral; Artículo 9781(b) y 9783.1 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Cambiar de médico si está siendo tratado por un médico personal designado previamente: Artículos 3209.3, 4600(c), 4600.3(a), (c), (e) y (g) y 4616.3(b) del Código Laboral; Artículos 9767.6(d), (e) y (f), 9773(b)(6), 9780.1(d) y 9781 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Informes del médico tratante: Artículos 9785 y 9785.4 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

El administrador de reclamos debe proporcionar copias de los informes médicos a pedido: Artículo 9810(e) del Título 8, Código de Regulaciones de California.

El médico debe proporcionar copias de los informes médicos previa solicitud: Artículos 123100 a 123149.5 del Código de Salud y Seguridad de California.

Capítulo 4

Impugnación de las decisiones de diagnóstico o tratamiento de un médico tratante en una MPN: Artículos 4616.3(c), 4616.4 y 4616.6 del Código Laboral; Artículos 9767.7 y 9768.1 a 9768.17 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Impugnación de decisiones de diagnóstico o tratamiento de un médico tratante en una HCO: Artículos 4600.3(e) y 4600.5(d)(6) del Código Laboral; Artículos 9773(b)(7) y 9775 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Impugnación de las decisiones de diagnóstico o tratamiento de un médico tratante que no pertenezca a una MPN o HCO: Artículos 4062 a 4068 del Código Laboral.

Evaladores médicos calificados (EMC): Artículo 139.2 del Código Laboral; Artículos 10 a 119 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Revisión de utilización (UR): Artículo 4610 del Código Laboral; Artículos 9785, 9785.5, 9792.6 a 9792.10 y 9792.12 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Impugnación de una decisión de rechazo de tratamiento: Artículos 4062(b) y (c), 4610.5 y 4610.6 del Código Laboral; Artículos 9792.10 a 9792.10.9 y 9792.12 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Sancciones por retraso o denegación injustificados: Artículos 4610.1, 5814 y 5814.5 del Código Laboral.

Quejas e investigaciones de la Unidad de Auditoría por incumplimiento de las fechas límite de la UR: Artículo 4610(i) del Código Laboral.

Quejas e investigaciones de la Unidad de Auditoría por retrasos y denegaciones injustificados: Artículo 5814.6 del Código Laboral.

Trabajador lesionado o administrador de reclamos que impugnan otro tipo de opiniones en un informe médico: Artículos 4060 a 4062.5 del Código Laboral; Artículo 9812(g) del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Capítulo 5

Derecho a beneficios por incapacidad temporal (TD): Artículos 4652 del Código Laboral.

Montos de los beneficios por TD: Artículos 4453, 4653 a 4657 y 4661.5 del Código Laboral.

Permiso con protección laboral por la Ley de Derechos Familiares de California (CFRA): Artículo 12945.2 del Código Gubernamental.

Avisos sobre pagos por incapacidad temporal: Artículo 138.4(c) del Código Laboral; Artículo 9812(a), (b), (c) y (d) del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Cuándo comienzan los pagos por incapacidad temporal (TD): Artículo 4650(a) del Código Laboral.

Pago quincenal de los beneficios por TD: Artículo 4650(c) del Código Laboral.

Carta de retraso relativa a los beneficios por TD: Artículo 9812(a)(2) del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Se presume que un nuevo reclamo está cubierto por la compensación de trabajadores si no se rechaza en un plazo de 90 días: Artículo 5402(b) del Código Laboral.

Sancciones por retraso en los pagos por incapacidad temporal: Artículos 4650(d) y 5814 del Código Laboral.

Cuándo finalizan los pagos por incapacidad temporal: Artículo 4656 del Código Laboral.

Aviso sobre la finalización de los beneficios por incapacidad temporal (TD): Artículo 9812(d) del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Capítulo 6

Informes médicos y restricciones laborales durante la recuperación: Artículo 4061.5 del Código Laboral; Artículos 9785 y 9785.2 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Es ilegal discriminar (castigar o despedir) a un trabajador lesionado a causa de la lesión: Artículo 132a del Código Laboral.

Formulario de "Descripción de las funciones laborales del empleado": Título 8, Código de Regulaciones de California, Artículo 10133.33.

Ofertas de trabajo y beneficios suplementarios por el desplazamiento de trabajo: Código Laboral, Artículos 4658.5, 4658.6 y 4658.7; Artículos 9813.1, 10116.9 y 10133.31 a 10133.60 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Es ilegal discriminar (castigar o despedir) a un trabajador lesionado a causa de la lesión: Artículo 132a del Código Laboral.

Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda de California (FEHA): Artículos 12900 a 12996 del Código Gubernamental.

Capítulo 7

Definiciones de "incapacidad permanente": Artículos 4660, 4660.1 y 4662 del Código Laboral; Artículo 10152 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Informe de incapacidad permanente y estacionaria (P&S): Artículo 4663 del Código Laboral; Artículos 9785(g), 9785.3, 9785.4 y 10152 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Clasificaciones: Artículos 4452.5, 4660, 4660.1, 4662, 4663 y 4664 del Código Laboral; Artículos 10150 a 10167 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Tasas de clasificación: Artículos 4658(d)(4) y 4660 del Código de Trabajo; Artículos 9725 a 9727, 9805 y 9805.1 del Título 8 del Código de Regulaciones de California.

Clasificaciones de un clasificador de incapacidad: Título 8, Código de Regulaciones de California, Artículos 10150 a 10167.

Reconsideración de la calificación de un clasificador de incapacidad: Título 8, Código de Regulaciones de California, Artículo 10164.

Monto de los beneficios por incapacidad permanente (PD): Artículos 4658, 4658.1, 4659, 4660, 4660.1, 4661, 4662, 4663 y 4664 del Código Laboral.

Disminución o aumento de los beneficios por incapacidad permanente en un 15% en función de si el empleador ofrece trabajo o no: Artículos 4658(d)(2) y (3) del Código Laboral; Artículo 10117 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

"Aviso de oferta de trabajo regular" (formulario DWC-AD 10118): Artículo 10118 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

"Aviso de oferta de trabajo modificado o alternativo" (formulario DWC-AD 10133.53): Artículos 10133.53 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Cuándo comienzan los pagos por PD: Artículo 4650(b) del Código Laboral.

Los beneficios por incapacidad permanente se pagan cada dos semanas: Artículo 4650(c) del Código Laboral.

Cuándo disminuyen o aumentan los beneficios de PD en un 15%: Artículo 10117 del Título 8, Código de Regulaciones de California. Avisos sobre los beneficios por incapacidad permanente: Artículos 138.4(c) y 4061 del Código Laboral; Artículo 9812(g) del Título 8, Código de Regulaciones de California. Sanciones por demora en los beneficios por PD: Artículos 4650(d) y 5814 del Código Laboral.

Estipulaciones con solicitud de adjudicación: Artículo 5702 del Código Laboral; Artículos 10700, 10702 y 10705 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Compromiso y Renuncia: Artículos 5000 a 5106 del Código Laboral; Artículos 10700, 10702 y 10705 del Título 8 del Código de Regulaciones de California.

Cambios en los beneficios y reapertura de un caso: Artículo 5410 del Código Laboral.

Sentencia y Fallo: Artículos 5800 a 5816 del Código Laboral.

Capítulo 8

Gastos fúnebres: Código Laboral, Artículo 4701.

Derecho a prestación por fallecimiento y cálculos: Artículos 4702 a 4706 del Código Laboral.

Prestación por muerte pagada al DIR, si no tiene dependientes: Artículo 4706.5 (a) del Código Laboral.

Capítulo 9

Ofertas de trabajo y beneficios suplementarios por el desplazamiento de trabajo: Código Laboral, Artículos 4658.5, 4658.6 y 4658.7; Artículos 9813.1, 10116.9 y 10133.31 a 10133.60 del Título 8, Código de Regulaciones de California.

Cantidad en dólares de los vales: Artículos 4658.5(b) y 4658.7(d) del Código Laboral.

Capítulo 10

Programa suplementario de regreso al trabajo: Código Laboral, Artículos 139.48 y 4658.7; Artículos 17300 a 17310 del Título 8, Código de Regulaciones de California. 17300 a 17310

Apéndice B: Glosario.



Este glosario explica brevemente muchos de los términos que se utilizan habitualmente en la compensación de trabajadores. No se trata de las definiciones legales completas.

ACOEM. Colegio Americano de Medicina Ocupacional y Ambiental. Partes de las directrices publicadas por el ACOEM, denominadas "Directrices Prácticas de Medicina Ocupacional", se incorporan al Programa de Utilización de Tratamientos Médicos adoptado por la División de Compensación de Trabajadores.

AMA. Asociación Médica Estadounidense. En el caso de los trabajadores cuya incapacidad permanente debe valorarse utilizando la tasa de clasificación de 2005, el médico tratante debe valorar el deterioro del trabajador utilizando las directrices publicadas por la AMA denominadas "Guías para la evaluación del deterioro permanente".

AOE/COE. "Derivada del trabajo y en el transcurso del mismo", o causada por el trabajo de un trabajador y ocurrida mientras trabaja. Una lesión o enfermedad debe ser AOE/COE para estar cubierta por la compensación de trabajadores.

Reclamo aceptado. Un reclamo de compensación de trabajadores en el que el administrador de reclamos acepta que la lesión o enfermedad del trabajador está cubierta por la compensación de trabajadores. Sin embargo, aunque se acepte un reclamo, puede haber demoras u otros problemas. También se denomina "reclamo admitido".

Evaluador Médico Acordado (AME). Un médico que es seleccionado por acuerdo entre el abogado del trabajador lesionado y el administrador de reclamos para realizar un examen médico y preparar un informe médico-legal para ayudar a resolver un reclamo.

Trabajo alternativo. Si un médico tratante informa que un trabajador lesionado nunca se recuperará por completo ni podrá volver al mismo trabajo o a las mismas condiciones laborales que tenía antes de lesionarse, el empleador puede ofrecerle un trabajo alternativo en lugar de un beneficio suplementario por el desplazamiento de trabajo. Se trata de un trabajo diferente al que tenía antes el trabajador. Debe cumplir las restricciones laborales del trabajador, pagar al menos el 85 % del salario y los beneficios que se pagaban en el momento de la lesión, durar al menos 12 meses y estar a una distancia razonable del lugar donde vivía el trabajador en el momento de la lesión.

Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Ley federal que prohíbe la discriminación de las personas discapacitadas. La Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC) administra las disposiciones de la ADA en materia de empleo.

Junta de apelación. Grupo de siete comisionados que revisan y reconsideran las decisiones de los jueces de derecho administrativo para la compensación de trabajadores.

Abogado de solicitantes. Un abogado que representa a trabajadores lesionados en sus casos de compensación de trabajadores. "Solicitante" se refiere al trabajador lesionado.

Prorrateo. Un estimado de cuánto la incapacidad permanente de un trabajador lesionado es causada por el trabajo del trabajador, en comparación con otros factores.

Cal/OSHA. La División de Seguridad y Salud Ocupacional, que 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.

Ley de Derechos Familiares de California (CFRA). Ley estatal, administrada por el Departamento de Igualdad en el Empleo y la Vivienda de California, que obliga a la mayoría de los empleadores de 50 o más empleados a conceder permisos con protección laboral a los trabajadores con problemas graves de salud o que necesiten cuidar de un hijo u otro familiar.

Artículo 132a del Código Laboral de California. Ley estatal que prohíbe discriminar a los trabajadores lesionados por sufrir una lesión laboral o presentar un reclamo de compensación de trabajadores. La ley también prohíbe la discriminación contra los compañeros de trabajo que testifiquen en el caso del trabajador lesionado.

Acuerdo labrado (carve-out, en inglés). Alternativa a los procedimientos de resolución de conflictos del sistema de compensación de trabajadores de California. Los acuerdos labrados sólo pueden crearse mediante convenios colectivos entre sindicatos y empleadores.

Impugnar. Estar en desacuerdo, objetar o poner en disputa.

Departamento de Derechos Civiles del Estado de California. Ley estatal, administrada por el Departamento de Derechos Civiles de California, que prohíbe la discriminación de las personas con discapacidades. Sus disposiciones son más extensas en algunas áreas que la Ley federal de Estadounidenses con Discapacidades (ADA).

Formulario de reclamo (DWC 1). Formulario que utiliza un trabajador para solicitar por escrito los beneficios de compensación de trabajadores.

Ajustador de reclamos. Consulte "Administrador de reclamos".

Administrador de reclamos. Una persona que maneja reclamos de compensación de trabajadores para empleadores. La mayoría de los administradores de reclamos trabajan para compañías de seguros u otras organizaciones que manejan los reclamos de diversos empleadores. Algunos administradores de reclamos trabajan directamente para grandes empleadores que se encargan de sus propios reclamos. También son denominados "examinador de reclamos" o "ajustador de reclamos".

Examinador de reclamos. Consulte "Administrador de reclamos".

Comisión de Salud y Seguridad y Compensación de Trabajadores (CHSWC). Órgano designado por el estado, compuesto por cuatro representantes de los trabajadores y cuatro de la dirección, que patrocina y realiza estudios continuos y formula recomendaciones para mejorar el sistema de compensación de trabajadores de California y las actividades del estado para prevenir las lesiones laborales.

Compromiso y Renuncia (C&R). Tipo de acuerdo en el que el trabajador recibe un pago de una suma global y puede convertirse en responsable del pago de futura atención médica por la lesión.

Lesión acumulativa. Lesión causada por sucesos repetidos o exposiciones repetidas en el trabajo. Por ejemplo, lastimarse la muñeca haciendo el mismo movimiento una y otra vez o perder la capacidad auditiva debido a ruidos fuertes y constantes.

Fecha de la lesión. Si la lesión fue causada por un acontecimiento (una lesión específica), ésta es la fecha del acontecimiento. Si la lesión fue causada por exposiciones repetidas (lesión acumulativa), se trata de la fecha en que el trabajador supo o debería haber sabido que la lesión había sido causada por el trabajo.

Beneficios por muerte. Pagos al cónyuge, hijos u otros dependientes de un trabajador que fallece como consecuencia de una lesión o enfermedad laboral.

Carta de retraso. Una carta enviada por el administrador de reclamos al trabajador lesionado que explica por qué se demoran los pagos, qué información se necesita antes de que se envíen los pagos y cuándo se tomará una decisión sobre los pagos.

Reclamo denegado. Un reclamo de compensación de trabajadores en el cual el administrador de reclamos cree que la lesión o enfermedad del trabajador no está cubierta por la compensación de trabajadores, y ha notificado al trabajador de esta decisión.

Descripción de las tareas del empleado (formulario DWC AD 10133.33). Formulario que rellenan conjuntamente el trabajador lesionado y el empleador o el administrador de reclamos para ayudar al médico tratante a determinar si el trabajador puede reincorporarse a su puesto y condiciones de trabajo habituales. La información del formulario también ayuda al médico a especificar las restricciones laborales adecuadas.

Clasificador de incapacidad. Un empleado de la División de Compensación de Trabajadores que califica la incapacidad permanente de un trabajador lesionado después de revisar un informe médico o un informe médico-legal que describe la condición del trabajador. También llamado "evaluador de incapacidades".

Clasificación de la incapacidad. Consulte "clasificación de incapacidad permanente".

Disputa. Un desacuerdo sobre el derecho de un trabajador a recibir pagos, servicios u otros beneficios.

División de Compensación de Trabajadores (DWC). Agencia estatal que administra las leyes de compensación de trabajadores, adjudica disputas, y proporciona información y ayuda a trabajadores lesionados y otros sobre el sistema de compensación de trabajadores de California.

Ley de Ausencia Médica y Familiar (FMLA). Ley federal, administrada por el Departamento de Trabajo de EE.UU., que obliga a la mayoría de los empleadores de 50 o más empleados a conceder permisos con protección laboral a los trabajadores con problemas graves de salud o que necesiten cuidar de un hijo u otro familiar.

Presentar. Envío o entrega de un documento a un empleador o a una agencia gubernamental como parte de un proceso legal. La fecha de presentación es la fecha en que se recibe el documento.

Sentencia y Fallo. Una decisión escrita por un juez de derecho administrativo de compensación de trabajadores sobre el caso de un trabajador lesionado, incluyendo los pagos y el cuidado médico futuro que se deben proporcionar al trabajador.

Organización de Atención Médica (HCO). Organización certificada por la División de Compensación de Trabajadores que contrata con un empleador o asegurador para proporcionar atención médica administrada en el sistema de compensación de trabajadores de California.

Audiencia. Procedimiento o evento legal en el que un juez de derecho administrativo de compensación de trabajadores celebra una reunión para hablar sobre cuestiones o recibe información de diferentes personas con el fin de tomar una decisión sobre una disputa o un acuerdo propuesto.

Revisión médica independiente (IMR). Este término hace referencia a dos procesos diferentes:

- Revisión independiente de una decisión, comunicada por un administrador de reclamos, de rechazar o modificar el tratamiento recomendado por un médico tratante. Un trabajador lesionado puede solicitar este tipo de IMR si la fecha de la lesión del trabajador es el 1 de enero de 2013 o posterior, o si el administrador de reclamos comunicó la decisión de rechazar el tratamiento el 1 de julio de 2013 o posterior.
- Revisión independiente de una decisión de tratamiento tomada por un médico tratante de una Red de Proveedores Médicos (MPN). Un trabajador lesionado puede solicitar este tipo de IMR si el trabajador está siendo tratado en una MPN y ha obtenido opiniones de otros dos médicos de la MPN.

Grado de deterioro. Porcentaje que estima el grado de pérdida del uso normal de las partes del cuerpo lesionadas. El grado de incapacidad se determina según las directrices publicadas por la Asociación Médica Estadounidense (AMA, por sus siglas en inglés). Diferente de "clasificación de incapacidad permanente".

Funcionario de Información y Asistencia (I&A). Empleado de la División de Compensación de Trabajadores que responde a las preguntas, ayuda a los trabajadores lesionados, proporciona material escrito, organiza talleres informativos y celebra reuniones para resolver de manera informal los problemas con los reclamos. La mayoría de sus servicios están diseñados para ayudar a los trabajadores que no tienen abogado.

Programa de Prevención de Lesiones y Enfermedades (IIPP). Un programa de salud y seguridad que los empleadores están obligados a desarrollar e implementar. Cal/OSHA se encarga de hacer cumplir este requisito.

Juez. Consulte "juez de derecho administrativo de compensación de trabajadores".

Mejoría médica máxima (MMI). Consulte "permanente y estacionario (P&S)".

Atención médica. Consulte "tratamiento médico".

Informe médico-legal. Informe redactado por un médico para ayudar a aclarar una o varias cuestiones médicas controvertidas relativas a la lesión o al estado de salud de un trabajador.

Red de proveedores médicos (MPN). Conjunto de médicos y otros proveedores de atención médica seleccionados por un empleador o aseguradora para tratar a los trabajadores lesionados en el sistema de compensación de trabajadores de California. Las MPN deben ser aprobadas por la División de Compensación de Trabajadores.

Tratamiento médico. Prestación de compensación de trabajadores, ofrecida al trabajador lesionado, que es "razonablemente necesaria para curar o aliviar de los efectos de la lesión". También se denominada "atención médica".

Programa de Utilización de Tratamiento Médico (MTUS). Conjunto de directrices y un marco analítico adoptados por la División de Compensación de Trabajadores, basados en pruebas científicas y normas de atención reconocidas a nivel nacional, que abordan la extensión y el alcance adecuados del tratamiento que se realiza habitualmente en los casos de compensación de trabajadores.

Unidad Médica. Una unidad dentro de la División de Compensación de Trabajadores que supervisa los planes de Revisión de Utilización (UR), Revisión Médica Independiente (IMR) de las decisiones de rechazar el tratamiento recomendado por un médico tratante, Redes de Proveedores Médicos (MPN), Revisión Médica Independiente (IMR) de las decisiones de tratamiento tomadas por los médicos MPN, Organizaciones de Atención Médica (HCO) y Evaluadores Médicos Calificados (EMC).

Trabajo modificado. Si un médico tratante informa de que un trabajador lesionado nunca se recuperará por completo ni podrá volver al mismo puesto de trabajo o a las mismas condiciones laborales que tenía antes de lesionarse, el empleador puede ofrecerle un trabajo modificado en lugar de un beneficio suplementario por el desplazamiento de trabajo. Se trata del antiguo puesto de trabajo del trabajador con cambios que se ajusten a las restricciones laborales indicadas por el médico; debe pagar al menos el 85 % del salario y los beneficios que se pagaban en el momento de la lesión, durar al menos 12 meses y encontrarse a una distancia razonable del lugar donde vivía el trabajador en el momento de la lesión.

Aviso de oferta de trabajo modificado o alternativo (DWC-AD 10133.53). Para las fechas de lesión de 2004 a 2012: Un formulario que un empleador o administrador de reclamos envía a un trabajador lesionado con una incapacidad permanente. Si el empleador hace esta oferta dentro de los 30 días posteriores al último pago por Incapacidad Temporal (TD) del trabajador, el administrador de reclamos no está obligado a proporcionar un Beneficio Suplementario por el Desplazamiento de Trabajo

(SJDB). Si el trabajador se lesionó en algún momento entre 2005 y 2012, el empleador tiene 50 empleados o más, y esta oferta se hace dentro de los 60 días después de que la condición del trabajador se convierta en Permanente y Estacionaria (P&S), los pagos por Incapacidad Permanente (PD) se reducen en un 15 por ciento; de lo contrario, los pagos por PD se incrementan en un 15 por ciento.

Aviso de oferta de trabajo regular, modificado o alternativo (DWC-AD 10133.35). Para fechas de lesión en 2013 o posteriores: Un formulario que un empleador o administrador de reclamos envía a un trabajador lesionado con una incapacidad permanente. Si el empleador hace esta oferta dentro de los 60 días después de que el administrador de reclamos se entera de que el trabajador tiene una Incapacidad Parcial Permanente (PPD) que se ha convertido en Permanente y Estacionaria (P&S), el administrador de reclamos no está obligado a proporcionar un Beneficio Suplementario por el Desplazamiento de Trabajo (SJDB).

Aviso de oferta de trabajo regular (DWC-AD 10118). Para las fechas de lesión de 2005 a 2012: Un formulario que un empleador o administrador de reclamos envía a un trabajador lesionado con una incapacidad permanente. Si el empleador tiene 50 o más empleados y esta oferta se realiza en un plazo de 60 días después de que el estado del trabajador pase a ser Permanente y Estacionario (P&S), los pagos por Incapacidad Permanente (PD) se reducen en un 15 por ciento; de lo contrario, los pagos por PD se incrementan en un 15 por ciento.

Factores objetivos. Mediciones, observaciones directas y resultados de pruebas que un médico tratante, un EMC o un AME describen como factores que contribuyen a la incapacidad permanente de un trabajador lesionado.

Informe P&S. Informe médico redactado por un médico tratante que describe el estado médico del trabajador lesionado cuando se ha estabilizado. Consulte también "permanente y estacionario".

Sanción. Multa cobrada a un empleador o administrador de reclamos y pagada al trabajador lesionado. Puede referirse a una multa automática del 10 por ciento por un retraso en un pago, o una multa del 25 por ciento, hasta \$10,000, por un retraso sin sentido.

Permanente y estacionario (P&S). Es el momento en el que un médico informa que el estado del trabajador lesionado se ha estabilizado o no se espera que mejore o empeore. Para los trabajadores cuya incapacidad permanente debe calificarse utilizando la "tasa de 2005 para la clasificación de incapacidades", se denomina así al momento en que el trabajador ha alcanzado la mejoría médica máxima (MMI). Consulte también "Informe P&S".

Beneficios por incapacidad permanente (PD). Pagos a un trabajador cuya lesión laboral limita de forma permanente el tipo de trabajo que puede realizar. Los beneficios por incapacidad parcial permanente (PPD) son pagos a un trabajador cuya lesión laboral limita parcialmente los tipos de trabajos que puede realizar. Los beneficios por incapacidad total permanente (PTD) se pagan a un trabajador que se considera permanente y completamente incapacitado para trabajar.

Clasificación de incapacidad permanente (PD). Es un porcentaje que estima en qué medida una lesión laboral limita de forma permanente los tipos de trabajos que puede realizar el trabajador. Se basa en el estado médico del trabajador, la fecha de la lesión, la edad en el momento de la lesión, la ocupación en el momento de la lesión y el prorrateo (en qué medida la discapacidad se debe al trabajo en comparación con otros factores).

Médico personal. Un médico con licencia en California con un título de MD (doctor en medicina) o un título de DO (osteópata), que ha tratado al trabajador lesionado en el pasado y tiene su expediente médico. El médico debe ser un médico general, internista, pediatra, ginecobstetra o médico familiar que sea el médico de atención primaria del trabajador. "Médico personal" puede referirse a un grupo médico que proporciona servicios médicos integrales principalmente para condiciones de salud no relacionadas con el trabajo.

Médico. Un doctor, un osteópata, un psicólogo, un acupunturista, un optometrista, un dentista, un podólogo o un quiropráctico con licencia en California. Consulte anteriormente la definición de "médico personal".

Designación previa. Un trabajador le dice a su empleador por escrito, antes de lesionarse en el trabajo, el nombre y la dirección del médico personal del trabajador en caso de lesión en el trabajo. Este médico debe ser el médico de atención primaria del trabajador y debe aceptar la designación previa. El trabajador también puede hacer una designación previa de un grupo médico. Si el trabajador realiza una designación previa, podrá ser atendido por su médico personal inmediatamente después de sufrir el accidente en lugar de por un médico seleccionado por el empleador o el administrador de reclamos. Los trabajadores sólo pueden hacer una designación previa si, en la fecha de la lesión, tienen cobertura de asistencia médica para afecciones médicas no relacionadas con el trabajo. Consulte también "médico personal".

Médico tratante principal (PTP). El médico responsable de gestionar la atención general del trabajador lesionado y que redacta los informes médicos que pueden afectar los beneficios del trabajador.

Evaluador Médico Calificado (EMC). Un médico que es seleccionado por un trabajador lesionado, un abogado de un trabajador lesionado o un administrador de reclamos, de una lista proporcionada por la División de Compensación de Trabajadores, para realizar un examen médico y preparar un informe médico-legal para ayudar a resolver una disputa. Los EMC están certificados por la División de Compensación de Trabajadores.

Clasificación. Consulte "clasificación de incapacidad permanente".

Reconsideración. Proceso legal para apelar una decisión tomada por un juez de derecho administrativo de compensación de trabajadores.

Reconsideración de una clasificación sumaria. Proceso para determinar si se cometieron errores al determinar la clasificación de incapacidad permanente de un trabajador lesionado que no tiene abogado.

Trabajo regular. El antiguo trabajo de un trabajador lesionado, que paga los mismos salarios y beneficios que se pagaban en el momento de la lesión y que se encuentra a una distancia razonable del lugar donde vivía el trabajador en el momento de la lesión.

Restricciones. Consulte "restricciones laborales".

Suplemento de Regreso al Trabajo. Beneficio complementario para trabajadores lesionados en 2013 o posteriormente, que hayan recibido un vale de Beneficio Suplementario por el Desplazamiento de Trabajo (SJDB) y que experimenten una pérdida de ingresos desproporcionada.

Tasas para clasificar las incapacidades permanentes. Publicación estatal que contiene información detallada que se utiliza para calificar las incapacidades permanentes. Existen tres tasas. Consulte el capítulo 7.

Conciliación. Un acuerdo entre un trabajador lesionado y el administrador de reclamos sobre los pagos de compensación de trabajadores y la atención médica futura que se le proporcionará al trabajador. Las conciliaciones deben ser revisadas por un juez de derecho administrativo de compensación de trabajadores para determinar si son adecuadas para compensar al trabajador lesionado por el accidente.

Beneficios del Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI) y de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). Ayudas económicas para personas con discapacidades. La Administración del Seguro Social de los Estados Unidos administra estos beneficios. Pueden verse reducidos por los pagos de compensación que recibe el trabajador lesionado.

Lesión específica. Lesión causada por una situación que se presentó en el trabajo. Ejemplos: lesionarse la espalda en una caída, quemarse con un producto químico que salpica la piel, lesionarse en un accidente de auto mientras hace entregas.

Seguro Estatal de Incapacidad (SDI). Ayuda económica a corto plazo para los trabajadores con discapacidad de California. Los trabajadores con lesiones laborales pueden solicitar los beneficios del SDI cuando se retrasen o denieguen los pagos de la compensación de trabajadores. Estos beneficios son administrados por el Departamento de Desarrollo del Empleo (EDD).

Salario semanal promedio estatal (SAWW). El salario semanal promedio pagado a los empleados en California que estaban cubiertos por el seguro de desempleo, según lo informado en el año anterior por el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos.

Estipulaciones con pedido de adjudicación ("Stips"). Tipo de acuerdo en el que el administrador de reclamos suele aceptar seguir pagando la atención médica por la lesión.

Factores subjetivos. El dolor de un trabajador lesionado y otros síntomas, no medidos ni observados directamente, que un médico describe como contribuyentes a la incapacidad permanente del trabajador.

Beneficio Suplementario por el Desplazamiento de Trabajo (SJDB). Beneficio de compensación por accidente de trabajo para los trabajadores lesionados en 2004 o posteriormente que sufren una incapacidad permanente parcial (PPD) que les impide realizar su antiguo trabajo y cuyos empleadores no les ofrecen otro. Adopta la forma de un vale que promete ayudar a pagar la actualización de los conocimientos, la mejora de las capacidades o ambas cosas. También se denomina "vale".

Formulario de Vale Suplementario por el Desplazamiento de Trabajo No Transferible (DWC-AD 10133.32 o DWC-AD 10133.57). Formulario que utiliza el administrador de reclamos para otorgar un beneficio suplementario por el desplazamiento de trabajo, o vale, a un trabajador lesionado con una incapacidad permanente. El formulario DWC-AD 10133.32 se usa para lesiones ocurridas en 2013 o posteriores. El formulario DWC-AD 10133.57 se usa para lesiones ocurridas de 2004 a 2012.

Beneficios por incapacidad temporal (TD). Pagos a un trabajador lesionado que pierde salario porque la lesión le impide realizar su trabajo habitual mientras se recupera. Los beneficios por Incapacidad Temporal Parcial (TPD) son pagos a un trabajador que puede realizar algún trabajo mientras se recupera, pero que gana menos que antes de la lesión. Los beneficios por Incapacidad Total Temporal (ITT) se pagan a un trabajador que no puede trabajar en lo absoluto mientras se recupera.

Médico tratante. El médico tratante principal (PTP) de un trabajador lesionado, u otro médico que trata al trabajador lesionado y cuyas conclusiones se incorporan a los informes médicos del PTP.

Fondo Fiduciario de Beneficios para Empleadores Sin Seguro (UEBTF). Una posible fuente de beneficios de compensación de trabajadores para un trabajador lesionado cuyo empleador está ilegalmente sin seguro en California. Estos beneficios son administrados por la División de Compensación de Trabajadores del estado.

Revisión de utilización (UR). El proceso usado por los administradores de reclamos para decidir si autorizar y pagar por el tratamiento recomendado por el médico tratante u otro médico.

Vale. Consulte "beneficio suplementario por el desplazamiento de trabajo".

Restricciones laborales. Descripción que hace un médico de los límites claros y específicos de las tareas laborales de un trabajador lesionado, normalmente diseñados para proteger al trabajador de nuevas lesiones.

Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores (WCAB). La Junta de Apelaciones y los jueces de derecho administrativo de compensación de trabajadores.



Katie Hagen, *Directora*
Departamento de Relaciones Industriales del Estado de California

Stewart Knox, *Secretario*
Agencia de Desarrollo del Empleo y la Fuerza Laboral del
Estado de California

*Compensación de Trabajadores en
California: Guía para Trabajadores
Lesionados*

Séptima Edición, Mayo de 2024