



Envíe el formulario a BWC a través de uno de los siguientes medios. **En línea:** bwc.ohio.gov, **por fax:** 1-866-336-8352, **por correo:** BWC Mail Processing Center, Attn: Claims, 30 W. Spring St. Columbus, OH 43215
Nota: Si trabaja para un empleador autoasegurado, envíe este formulario al administrador de compensación al trabajador en su trabajo.

Información del trabajador lesionado					
Nombre, inicial del segundo nombre, apellido(s)		Fecha de la lesión o enfermedad		Número de seguro social (o ITIN)	
Dirección postal; incluya el número de apartamento o apartado postal, si corresponde			Ciudad		Estado
Código postal	Dirección de correo electrónico	Número de teléfono particular		Número de teléfono celular	
Genero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Nombre del empleador	Dirección del empleador	Ciudad	Estado	Código postal
¿Fue este trabajador lesionado contratado por medio de una agencia de trabajo temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, nombre de la agencia de trabajo temporal		Marque los días de la semana en los que suele trabajar <input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Mié <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Sáb		Horario regular de trabajo (incluya a. m. y p. m.) Desde Hasta	
Fecha de contratación	Cargo o puesto laboral	Estado en que se le contrató	Estado en donde fue supervisado	Salario; \$ por hora	Cantidad de horas programadas para trabajar en la semana de esta lesión
Número para avisos de inasistencias (Número al que llama el trabajador lesionado para comunicarse con el supervisor)		Partes del cuerpo afectadas (Por ejemplo: rodilla izquierda, dedo índice derecho)			
Descripción del accidente (Describa la secuencia de eventos que causaron de forma directa la lesión o la muerte).					¿El incidente hará que el empleado lesionado pierda ocho o más días de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hora de inicio del trabajador lesionado ____ a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	Hora de la lesión ____ a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	Fecha en la que se notificó al empleador	¿Perdió, el trabajador, alguna parte de un día de trabajo debido a la lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Última fecha en que trabajó	Si el trabajador lesionado regresó al trabajo, proporcione la fecha.
¿Fue en las instalaciones del empleador donde ocurrió el accidente o la exposición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, proporcione el lugar del accidente, la dirección, la ciudad, el estado y el código postal.				¿Fue el trabajador lesionado hospitalizado por alguna noche? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha del tratamiento inicial	Nombre del consultorio/centro de atención médica	Nombre del médico/proveedor tratante	Número de teléfono		Número de fax
Dirección del consultorio/centro de atención médica			Ciudad		Estado
Código postal					
Si la lesión resultó en fallecimiento, responda lo siguiente.					
Fecha de fallecimiento		Estado civil del difunto <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		Cantidad de dependientes del difunto	
A completar por el trabajador lesionado					
Al firmar este formulario, yo:					
<ul style="list-style-type: none"> Elijo recibir solo la indemnización, los beneficios o ambos que se proporcionen para el presente reclamo, de conformidad con las leyes de compensación al trabajador de Ohio. Comprendo, renuncio mi derecho a recibir indemnización y beneficios, y prescindo de ellos en virtud de las leyes de indemnizaciones para trabajadores de otro estado por la lesión, enfermedad ocupacional o muerte resultante de una lesión o enfermedad ocupacional por la cual estoy presentando este reclamo. Confirmando que no he recibido indemnización y beneficios en virtud de las leyes de compensación al trabajador de otro estado por este reclamo, y notificaré inmediatamente a BWC al recibir cualquier compensación o beneficios de cualquier fuente por este reclamo. No presentaré ni he presentado ningún reclamo en otro estado por la lesión, enfermedad ocupacional o muerte resultante de una lesión o enfermedad ocupacional por la cual estoy presentando este reclamo. 					
Además, entiendo que:					
<ul style="list-style-type: none"> Bajo solicitud previa, mis proveedores de atención médica pueden presentar documentación médica, psicológica, psiquiátrica o vocacional pertinente de forma causal o histórica con las lesiones físicas o mentales relevantes para este reclamo a BWC, a mi empleador, a la organización de administración del cuidado al plan de salud calificado de mi empleador, o a sus representantes autorizados. Esta documentación es necesaria para que pueda recibir servicios médicos, beneficios o compensación. La administración adecuada de este reclamo puede requerir que BWC revise y comparta cualquier información o registro mantenido en este reclamo o en mis reclamos anteriores o futuros con los empleadores registrados, sus representantes autorizados o mi representante autorizado. La información o los registros mantenidos en mis reclamos anteriores o futuros pueden afectar las decisiones tomadas en este reclamo. Aquellas personas que obtengan compensación o beneficios de BWC o de empleadores autoasegurados mediante tergiversación u ocultamiento de hechos a sabiendas, realizando declaraciones falsas o aceptando compensación o beneficios a los que no tiene derecho, estarán sujetas a un procesamiento penal por delito grave de fraude (Código Revisado de Ohio 2913.48). 					
Certifico que he leído, entiendo y acepto las declaraciones anteriores y que la información contenida en este formulario es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.					
Firma del empleado lesionado					Fecha
A completar por el proveedor de atención médica					
Diagnóstico(s): descripción narrativa que incluya, según corresponda, la ubicación y la parte del cuerpo, y los códigos ICD. Importante: Si hay una lesión, enumere la afección o enfermedad, no los síntomas o la exposición. Por ejemplo, "esguince en la rodilla derecha", no "dolor en la rodilla derecha"; "efecto tóxico del amoníaco", no "exposición al amoníaco"; "contusión en la cabeza", no "dolor de cabeza".					
Fecha del tratamiento inicial		¿Están las condiciones médicas enumeradas anteriormente causalmente relacionadas con el accidente laboral o la enfermedad ocupacional informadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		¿Es usted el médico de registro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre del médico/proveedor tratante (en letra de imprenta)		Firma del médico/proveedor tratante		Número de proveedor de BWC	Fecha
A completar por el empleador					
Nombre del empleador		Condado del empleador	Número de teléfono	Número de fax	Dirección de correo electrónico
Número de póliza del empleador		Número de identificación federal	El empleado lesionado es (marque la casilla, si corresponde). <input type="checkbox"/> Propietario/Propietario único <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Individuo incorporado como corporación		
Para todos los empleadores: <input type="checkbox"/> Certificación: Certifico que los hechos en esta solicitud son correctos y válidos. <input type="checkbox"/> Rechazo: Rechazo la validez de este reclamo por los motivos que se enumeran a continuación:					
Exclusivo para empleadores autoasegurados: <input type="checkbox"/> Solo atención médica <input type="checkbox"/> Horas perdidas					
Aclaración: Aclaro y permito el reclamo para las condiciones a continuación.					
Firma y cargo del empleador					Fecha
A completar por el remitente si el formulario es completado por alguien que no sea el trabajador lesionado, el médico tratante o el empleador					
Firma de la persona que completa este formulario					Fecha