



FGCC WORKER'S COMPENSATION INFORMATION

If you are injured on the job or have a work related injury,
our Worker's Compensation provider is The Hartford.

**To access care, contact our Worker's Compensation
program, The Hartford at (800) 327-3636 to get instructions
on obtaining care.**

Contact Sally Cox at (858) 603-9810 (required)

If I don't pick up, text and I will call back

In an emergency

Contact 911 to access care, let them know it is work-related

Contact Sally Cox at (858) 603-9810

If possible, contact the Hartford at (800) 327-3636

**STATE OF CALIFORNIA - DEPARTMENT OF INDUSTRIAL RELATIONS
Division of Workers' Compensation**

Notice to Employees - Injuries Caused By Work

You may be entitled to workers' compensation benefits if you are injured or become ill because of your job. Workers' compensation covers most work-related physical or mental injuries and illnesses. An injury or illness can be caused by one event (such as hurting your back in a fall) or by repeated exposures (such as hurting your wrist from doing the same motion over and over).

Benefits. Workers' compensation benefits include:

- o **Medical Care:** Doctor visits, hospital services, physical therapy, lab tests, x-rays, medicines, medical equipment and travel costs that are reasonably necessary to treat your injury. You should never see a bill. There are limits on chiropractic, physical therapy and occupational therapy visits.
- o **Temporary Disability (TD) Benefits:** Payments if you lose wages while recovering. For most injuries, TD benefits may not be paid for more than 104 weeks within five years from the date of injury.
- o **Permanent Disability (PD) Benefits:** Payments if you do not recover completely and your injury causes a permanent loss of physical or mental function that a doctor can measure.
- o **Supplemental Job Displacement Benefit:** A nontransferable voucher, if you are injured on or after 1/1/2004, your injury causes permanent disability, and your employer does not offer you regular, modified, or alternative work.
- o **Death Benefits:** Paid to your dependents if you die from a work-related injury or illness.

Naming Your Own Physician Before Injury or Illness (Predesignation). You may be able to choose the doctor who will treat you for a job injury or illness. If eligible, you must tell your employer, in writing, the name and address of your personal physician or medical group before you are injured. You must obtain their agreement to treat you for your work injury. For instructions, see the written information about workers' compensation that your employer is required to give to new employees.

If You Get Hurt:

1. **Get Medical Care.** If you need emergency care, call 911 for help immediately from the hospital, ambulance, fire department or police department. If you need first aid, contact your employer.
2. **Report Your Injury.** Report the injury immediately to your supervisor or to an employer representative. Don't delay. There are time limits. If you wait too long, you may lose your right to benefits. Your employer is required to provide you with a claim form within one working day after learning about your injury. Within one working day after you file a claim form, your employer or claims administrator must authorize the provision of all treatment, up to ten thousand dollars, consistent with the applicable treatment guidelines, for your alleged injury until the claim is accepted or rejected.
3. **See Your Primary Treating Physician (PTP).** This is the doctor with overall responsibility for treating your injury or illness.
 - o If you predesignated your personal physician or a medical group, you may see your personal physician or the medical group after you are injured.
 - o If your employer is using a medical provider network (MPN) or a health care organization (HCO), in most cases you will be treated within the MPN or HCO unless you predesignated a personal physician or medical group. An MPN is a group of physicians and health care providers who provide treatment to workers injured on the job. You should receive information from your employer if you are covered by an HCO or a MPN. Contact your employer for more information.
 - o If your employer is not using an MPN or HCO, in most cases the claims administrator can choose the doctor who first treats you when you are injured, unless you predesignated a personal physician or medical group.
4. **Medical Provider Networks.** Your employer may be using an MPN, which is a group of health care providers designated to provide treatment to workers injured on the job. If you have predesignated a personal physician or medical group prior to your work injury, then you may go there to receive treatment from your predesignated doctor. If you are treating with a non-MPN doctor for an existing injury, you may be required to change to a doctor within the MPN. For more information, see the MPN contact information below:

MPN website: _____

MPN Effective Date: _____ MPN Identification number: _____

If you need help locating an MPN physician, call your MPN access assistant at: _____

If you have questions about the MPN or want to file a complaint against the MPN, call the MPN Contact Person at: _____

Discrimination. It is illegal for your employer to punish or fire you for having a work injury or illness, for filing a claim, or testifying in another person's workers' compensation case. If proven, you may receive lost wages, job reinstatement, increased benefits, and costs and expenses up to limits set by the state.

Questions? Learn more about workers' compensation by reading the information that your employer is required to give you at time of hire. If you have questions, see your employer or the claims administrator (who handles workers' compensation claims for your employer):

Claims Administrator Property and Casualty Insurance Company of Hartford Phone (800) 327-3636

Workers' compensation insurer Property and Casualty Insurance Company of Hartford (Enter "self-insured" if appropriate)

You can also get free information from a State Division of Workers' Compensation Information (DWC) & Assistance Officer. The nearest Information & Assistance Officer can be found at location: _____ or

by calling toll-free **(800) 736-7401**. Learn more information about workers' compensation online: www.dwc.ca.gov and access a useful booklet "Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers."

False claims and false denials. Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony and may be fined and imprisoned.

Your employer may not be liable for the payment of workers' compensation benefits for any injury that arises from your voluntary participation in any **off-duty, recreational, social, or athletic activity** that is not part of your work-related duties.

ESTADO DE CALIFORNIA - DEPARTAMENTO DE RELACIONES INDUSTRIALES
División de Compensación de Trabajadores

Aviso a los Empleados - Lesiones Causadas por el Trabajo

Es posible que usted tenga derecho a beneficios de compensación de trabajadores si usted se lesiona o se enferma a causa de su trabajo. La compensación de trabajadores cubre la mayoría de las lesiones y enfermedades físicas o mentales relacionadas con el trabajo. Una lesión o enfermedad puede ser causada por un evento (como por ejemplo lastimarse la espalda en una caída) o por acciones repetidas (como por ejemplo lastimarse la muñeca por hacer el mismo movimiento una y otra vez).

Beneficios. Los beneficios de compensación de trabajadores incluyen:

- o **Atención Médica:** Consultas médicas, servicios de hospital, terapia física, análisis de laboratorio, radiografías, medicinas, equipo médico y costos de viajar que son razonablemente necesarias para tratar su lesión. Usted nunca deberá ver un cobro. Hay límites para visitas quiroprácticas, de terapia física y de terapia ocupacional.
- o **Beneficios por Incapacidad Temporal (TD):** Pagos si usted pierde sueldo mientras se recupera. Para la mayoría de las lesiones, beneficios de TD no se pagarán por más de 104 semanas dentro de cinco años después de la fecha de la lesión.
- o **Beneficios por Incapacidad Permanente (PD):** Pagos si usted no se recupera completamente y si su lesión le causa una pérdida permanente de su función física o mental que un médico puede medir.
- o **Beneficio Suplementario por Desplazamiento de Trabajo:** Un vale no-transferible si su lesión surge en o después del 1/1/04, y su lesión le ocasiona una incapacidad permanente, y su empleador no le ofrece a usted un trabajo regular, modificado o alternativo.
- o **Beneficios por Muerte:** Pagados a sus dependientes si usted muere a causa de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo.

Designación de su Propio Médico Antes de una Lesión o Enfermedad (Designación previa). Es posible que usted pueda elegir al médico que le atenderá en una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Si elegible, usted debe informarle al empleador, por escrito, el nombre y la dirección de su médico personal o grupo médico, antes de que usted se lesione. Usted debe de ponerse de acuerdo con su médico para que atienda la lesión causada por el trabajo. Para instrucciones, vea la información escrita sobre la compensación de trabajadores que se le exige a su empleador darle a los empleados nuevos.

Si Usted se Lastima:

1. **Obtenga Atención Médica.** Si usted necesita atención de emergencia, llame al 911 para ayuda inmediata de un hospital, una ambulancia, el departamento de bomberos o departamento de policía. Si usted necesita primeros auxilios, comuníquese con su empleador.
2. **Reporte su Lesión.** Reporte la lesión inmediatamente a su supervisor(a) o a un representante del empleador. No se demore. Hay límites de tiempo. Si usted espera demasiado, es posible que usted pierda su derecho a beneficios. Su empleador está obligado a proporcionarle un formulario de reclamo dentro de un día laboral después de saber de su lesión. Dentro de un día después de que usted presente un formulario de reclamo, el empleador o administrador de reclamos debe autorizar todo tratamiento médico, hasta diez mil dólares, de acuerdo con las pautas de tratamiento aplicables a su presunta lesión, hasta que el reclamo sea aceptado o rechazado.
3. **Consulte al Médico que le está Atendiendo (PTP).** Este es el médico con la responsabilidad total de tratar su lesión o enfermedad.
 - o Si usted designó previamente a su médico personal o grupo médico, usted puede consultar a su médico personal o grupo médico después de lesionarse.
 - o Si su empleador está utilizando una Red de Proveedores Médicos (MPN) o una Organización de Cuidado Médico (HCO), en la mayoría de los casos usted será tratado dentro de la MPN o la HCO a menos que usted designó previamente un médico personal o grupo médico. Una MPN es un grupo de médicos y proveedores de atención médica que proporcionan tratamiento a trabajadores lesionados en el trabajo. Usted debe recibir información de su empleador si está cubierto por una HCO o una MPN. Hable con su empleador para más información.
 - o Si su empleador no está utilizando una MPN o HCO, en la mayoría de los casos el administrador de reclamos puede escoger el médico que lo atiende primero, cuando usted se lesiona, a menos que usted designó previamente a un médico personal o grupo médico.
4. **Red de Proveedores Médicos (MPN):** Es posible que su empleador use una MPN, lo cual es un grupo de proveedores de asistencia médica designados para dar tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. **Si usted ha hecho una designación previa de un médico personal antes de lesionarse en el trabajo, entonces usted puede recibir tratamiento de su médico previamente designado.** Si usted está recibiendo tratamiento de parte de un médico que no pertenece a la MPN para una lesión existente, puede requerirse que usted se cambie a un médico dentro de la MPN. Para más información, vea la siguiente información de contacto de la MPN:

Página web de la MPN: _____

Fecha de vigencia de la MPN: _____ Número de identificación de la MPN: _____

Si usted necesita ayuda en localizar un médico de una MPN, llame a su asistente de acceso de la MPN al: _____

Si usted tiene preguntas sobre la MPN o quiere presentar una queja en contra de la MPN, llame a la Persona de Contacto de la MPN al: _____

Discriminación: Es ilegal que su empleador le castigue o despidan por sufrir una lesión o enfermedad en el trabajo, por presentar un reclamo o por testificar en el caso de compensación de trabajadores de otra persona. De ser probado, usted puede recibir pagos por pérdida de sueldos, reposición del trabajo, aumento de beneficios y gastos hasta los límites establecidos por el estado.

¿Preguntas? Aprenda más sobre la compensación de trabajadores leyendo la información que se requiere que su empleador le dé cuando es contratado. Si usted tiene preguntas, vea a su empleador o al administrador de reclamos (que se encarga de los reclamos de compensación de trabajadores de su empleador):

Administrador de Reclamos Property and Casualty Insurance Company of Hartford Teléfono (800) 327-3636

Asegurador del Seguro de Compensación de trabajador Property and Casualty Insurance Company of Hartford (Anoté "autoasegurado" si es apropiado)

Usted también puede obtener información gratuita de un Oficial de Información y Asistencia de la División Estatal de Compensación de Trabajadores.

El Oficial de Información y Asistencia más cercano se localiza en: _____

o llamando al número gratuito **(800) 736-7401**. Usted puede obtener más información sobre la compensación del trabajador en el Internet en: **www.dwc.ca.gov** y acceder a una guía útil "Compensación del Trabajador de California Una Guía para Trabajadores Lesionados."

Los reclamos falsos y rechazos falsos del reclamo. Cualquier persona que haga o que ocasione que se haga una declaración o una representación material intencionalmente falsa o fraudulenta, con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensación de trabajadores, es culpable de un delito grave y puede ser multado y encarcelado.

Es posible que su empleador no sea responsable por el pago de beneficios de compensación de trabajadores para ninguna lesión que proviene de su participación voluntaria en cualquier **actividad fuera del trabajo, recreativa, social, o atlética** que no sea parte de sus deberes laborales.



WORKERS' COMPENSATION - WRITTEN NOTICE TO NEW EMPLOYEES

This notice includes some of your rights, benefits and obligations under the workers' compensation law.

EVENTS, INJURIES AND ILLNESSES COVERED BY WORKERS' COMPENSATION

You may be entitled to workers' compensation benefits if you are injured or become ill because of your job. Workers' compensation covers most work related physical or mental injuries and illnesses. An injury or illness can be caused by one event (such as hurting your back in a fall) or by repeated exposures (such as hurting your wrist from doing the same motion over and over). You may not be entitled to workers' compensation benefits for any injury that arises from your voluntary participation in any off-duty, recreational, social or athletic activity that is not part of your work-related duties.

RIGHTS AND BENEFITS

You may have the right to the following:

- o Medical Care Benefits which include: Doctor visits, hospital services, physical therapy, lab tests, x-rays, and medicines as reasonably necessary to treat your injury.
- o Temporary Disability (TD) Benefits: Payments if you lose wages while recovering. For most injuries that occur on or after Jan 1, 2008, temporary disability (TD) benefits may not extend for more than 104 compensable weeks within five years from the date of injury. For a few long term injuries, such as severe burns or chronic lung disease, benefits may not extend for more than 240 weeks within five years from the date of injury. Filing a timely Employment Development Department claim may result in additional state disability benefits when TD benefits terminate.
- o Permanent Disability (PD) Benefits: Payments if your injury causes a permanent disability.
- o Supplemental Job Displacement Benefits: A nontransferable voucher payable to a state approved school if you are injured on or after 1/1/04, the injury results in a permanent disability, you don't return to work within 60 days after TD ends, and your employer does not offer modified or alternative work.
- o Death Benefits: Paid to dependents of a worker who dies from a work-related injury or illness.

Temporary disability, permanent disability, vocational rehabilitation maintenance allowance and death benefits are all payable based on 2/3 of your average weekly wage subject to state minimum and maximum rates in effect on your date of injury. Your benefits are paid every two weeks while you are eligible.

CHOOSING YOUR OWN DOCTOR

You may be able to choose the doctor who will treat you for a job injury or illness during the first 30 days after the injury. If eligible, you must tell your employer, in writing, the name and address of your personal physician **before** you are injured. You may be treated for such injury or illness by your personal medical doctor (M.D.), doctor of osteopathic medicine (D.O.) or medical group if:

- o your employer offers group health coverage;
- o the doctor is your regular physician, who shall be either a physician who has limited his or her practice of medicine to general practice or who is a board-certified or board-eligible internist, pediatrician, obstetrician-gynecologist, or family practitioner, and has previously directed your medical treatment, and retains your medical records;
- o your "personal physician" may be a medical group if it is a single corporation or partnership composed of licensed doctors of medicine or osteopathy, which operates an integrated multispecialty medical group providing comprehensive medical services predominantly for nonoccupational illnesses and injuries;
- o **prior** to the injury your doctor agrees to treat you for work injuries or illnesses;
- o **prior** to the injury you provided your employer the following in writing: (1) notice that you want your personal doctor to treat you for a work-related injury or illness, and (2) your personal doctor's name and business address.

Pages 3 and 4 of this notice are forms which can be used for this purpose.

If you do not choose a doctor, your employer has the right to select the physician who will treat you for the first 30 days. You may be able to switch to a doctor of your choice after 30 days, which may include your personal chiropractor or personal acupuncturist. Special rules apply if your employer offers a Health Care Organization (HCO) or after 1/1/05, has a medical provider network (MPN).

Contact your employer for more information.

ROLE OF THE PRIMARY TREATING PHYSICIAN

Your Primary Treating Physician will decide what type of medical care you will receive for your injury or illness, determine when you can return to work, help identify the kinds of work you can do safely while recovering, refer you to specialists, if necessary, and write medical reports that will affect the benefits you receive. It is important to get good medical care to help you recover. You should be treated

by a doctor who understands your particular type of injury or illness. Tell the doctor about your symptoms and the events at work that you believe caused them. Also, describe your job and your work environment.

IF YOU GET HURT – GET MEDICAL CARE. If you need first aid, contact your employer. If you need emergency medical treatment, call 911 or one of the numbers listed below. Tell the health care provider who treats you that your injury or illness is job related.

REPORT YOUR INJURY OR ILLNESS

Report the injury immediately to your supervisor or to:

Employer Representative Sally Cox
Phone Number 858 603-9810

Tell your supervisor right away. If your injury or illness developed gradually, report it as soon as you learn it was caused by your job. Reporting promptly helps prevent problems and delays in receiving benefits, including medical care you may need to avoid further injury. If your employer does not learn of your injury within 30 days, you could lose your right to receive workers' compensation benefits.

Your employer is required to provide you a claim form within one working day after learning about your injury. Within one working day after an employee files a claim form, the employer shall authorize the provision of all treatment, consistent with the applicable treating guidelines, for the alleged injury and shall continue to provide treatment until the date that liability for the claim is accepted or rejected. Until the date the claim is accepted or rejected, liability for medical treatment shall be limited to ten thousand dollars (\$10,000).

False Claims and False Denials. Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payment is guilty of a felony and may be fined and imprisoned.

ADDITIONAL INFORMATION

You can get free information from a State of Workers' Compensation Information & Assistance Officer. To hear recorded information including a list of local offices, call toll-free (800) 736-7401. Learn more online: <http://www.dir.ca.gov>

Your employer's compensation carrier at the time of your hire is:

Property and Casualty Insurance Company of Hartford

DISCRIMINATION

It is illegal for your employer to punish or fire you for having a work injury or illness, for filing a claim, or testifying in another person's workers' compensation case. If proven, you may receive lost wages, job reinstatement, increased benefits, and costs and expenses up to the limits set by the state.

MEDICAL PROVIDER NETWORKS

Your employer may be using an MPN, which is a selected network of health care providers to provide treatment to workers injured on the job. If you have pre-designated a personal physician prior to your work injury, then you may receive treatment from your pre-designated doctor. If you have not pre-designated and your employer is using a MPN, you are free to choose an appropriate provider from the MPN list after the first medical visit directed by your employer. If you are treating with a non-MPN doctor for an existing injury, you may be required to change to a doctor within the MPN. Contact your employer for more information.

PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

In the event you sustain an injury or illness related to your employment, you may be treated for such injury or illness by your personal medical doctor (M.D.) or doctor of osteopathic medicine (D.O.) or medical group if:

- o your employer offers group health coverage;
- o the doctor is your regular physician, who shall be either a physician who has limited his or her practice of medicine to general practice or who is a board-certified or board-eligible internist, pediatrician, obstetrician-gynecologist, or family practitioner, and has previously directed your medical treatment, and retains your medical records;
- o your "personal physician" may be a medical group if it is a single corporation or partnership composed of licensed doctors of medicine or osteopathy, which operates an integrated multispecialty medical group providing comprehensive medical services predominantly for nonoccupational illnesses and injuries;
- o prior to the injury your doctor agrees to treat you for work injuries or illnesses;
- o prior to the injury you provided your employer the following in writing: (1) notice that you want your personal doctor to treat you for a work-related injury or illness, and (2) your personal doctor's name and business address.

You may use this form to notify your employer if you wish to have your personal medical doctor or a doctor of osteopathic medicine treat you for a work – related injury or illness and the above requirements are met.

NOTICE OF PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

Employee: Complete this section.

To: _____ (name of employer). If I have a work-related injury or illness, I choose to be treated by:

(name of doctor)(M.D., D.O., or medical group)

(street address, city, state, zip)

(telephone number)

Employee Name (please print):

Employee's Address:

Employee's
Signature

Date: _____

Physician: I agree to this Predesignation:

Signature: _____

Date: _____

(Physician or Designated Employee of the Physician or Medical Group)

The physician is not required to sign this form, however, if the physician or designated employee of the physician or medical group does not sign, other documentation of the physician's agreement to be predesignated will be required pursuant to Title 8, California Code of Regulations, section 9780.1(a)(3).

Title 8, California Code of Regulations, section 9783.

NOTICE OF PERSONAL CHIROPRACTOR OR PERSONAL ACUPUNCTURIST

If your employer or your employer's insurer does not have a Medical Provider Network, you may be able to change your treating physician to your personal chiropractor or acupuncturist following a work-related injury or illness. In order to be eligible to make this change, you must give your employer the name and business address of a personal chiropractor or acupuncturist in writing prior to the injury or illness. Your claims administrator generally has the right to select your treating physician within first 30 days after your employer knows of your injury or illness. After your claims administrator has initiated your treatment with another doctor during this period, you may then, upon request, have your treatment transferred to your personal chiropractor or acupuncturist.

You may use this form to notify your employer of your personal chiropractor or acupuncturist.

Your Chiropractor or Acupuncturist's Information:

(name of chiropractor or acupuncturist)

(street address, city, state, zip code)

(telephone number)

Employee Name **(Please Print):**

Employee's address:

Employee's
Signature _____

Date: _____



SEGURO CONTRA ACCIDENTES LABORALES - NOTIFICACIÓN ESCRITA PARA NUEVOS EMPLEADOS

Esta notificación incluye algunos de sus derechos, beneficios y obligaciones según la ley del seguro contra accidentes laborales.

EVENTOS, LESIONES Y ENFERMEDADES CUBIERTOS POR EL SEGURO CONTRA ACCIDENTES LABORALES

Usted tendrá derecho a los beneficios del seguro contra accidentes laborales en caso de sufrir una lesión o contraer una enfermedad relacionada con su trabajo. El seguro contra accidentes laborales cubre gran parte de las enfermedades y lesiones físicas o mentales relacionadas con el trabajo. La lesión o enfermedad puede ser causada por un solo evento (como lesionarse la espalda en una caída) o por exposición reiterada (como lesionarse la muñeca por realizar un mismo movimiento repetidas veces). Usted no tendrá derecho a los beneficios del seguro contra accidentes laborales por una lesión que surja de la participación voluntaria en cualquier actividad fuera del trabajo, recreativa, social o deportiva, que no forme parte de sus obligaciones laborales.

DERECHOS Y BENEFICIOS

Usted podrá tener derecho a lo siguiente:

- Beneficios de atención médica que incluyen: consultas a médicos, servicios hospitalarios, fisioterapia, pruebas de laboratorio, radiografías y medicamentos que sean razonablemente necesarios para tratar la lesión.
- Beneficios por incapacidad temporal (TD): pagos en caso de perder el salario durante la recuperación. En la mayoría de las lesiones producidas después del 1 de enero de 2008 inclusive, los beneficios por incapacidad temporal (temporary disability, TD) no podrán extenderse por más de 104 semanas compensables en un plazo de cinco años a partir de la fecha de la lesión. Para algunas lesiones de largo plazo, tales como quemaduras graves o enfermedad pulmonar crónica, los beneficios no podrán extenderse por más de 240 semanas en un plazo de cinco años a partir de la fecha de la lesión. Cuando los beneficios por TD terminan, puede obtener beneficios por incapacidad adicionales del estado si presenta en forma oportuna una reclamación ante el Departamento de Desarrollo del Empleo.
- Beneficios por incapacidad permanente (PD): pagos cuando la lesión causa una incapacidad permanente.
- Beneficios complementarios por desplazamiento del trabajo: vale no transferible pagadero a una escuela autorizada por el estado por una lesión ocurrida después del 1/1/04 inclusive, cuando

lesión causa una incapacidad permanente, usted no regresa al trabajo en el plazo de 60 días luego de finalizar la TD y su empleador no le ofrece un puesto de trabajo modificado o alternativo.

- Beneficios por fallecimiento: se pagan a los dependientes de un empleado que fallece a causa de una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo.

Los beneficios por incapacidad temporal, incapacidad permanente, rehabilitación profesional, pensión alimenticia y fallecimiento se pagan sobre la base de 2/3 de su salario promedio semanal, sujeto a tasas máximas y mínimas, vigentes a la fecha de la lesión. Los beneficios se pagan cada dos semanas mientras usted sea elegible.

ELECCIÓN DEL MÉDICO PERSONAL

Usted podrá elegir el médico que tratará su enfermedad o lesión laboral durante los primeros 30 días posteriores a la lesión. Si es elegible, deberá informar por escrito el nombre y la dirección del médico personal a su empleador, **antes** de sufrir la lesión. Podrá ser tratado por dicha lesión o enfermedad por su médico personal (M.D.), osteópata (D.O.) o grupo médico si:

- su empleador ofrece cobertura médica colectiva;
- el médico es su médico habitual, quien deberá ser médico general o médico de familia, ginecólogo obstetra, pediatra o internista elegible por la junta médica o certificado por dicha junta, y que haya coordinado su tratamiento médico con anterioridad y conserve sus registros médicos;
- su "médico personal" puede ser un grupo médico si se trata de una única sociedad o asociación formada por médicos u osteópatas con licencia, que opera como un grupo médico integrado con múltiples especialidades, que brinda servicios médicos amplios, especialmente para lesiones y enfermedades no ocupacionales;
- **antes** de la lesión, el médico acepta tratarlo por enfermedades o lesiones laborales;
- **antes** de la lesión, usted suministra a su empleador lo siguiente por escrito: (1) notificación del deseo de que su médico personal lo trate por enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo, y (2) el nombre y la dirección comercial de su médico personal.

Para tal fin, puede utilizar los formularios de las páginas 3 y 4 de esta notificación.

Si no elige un médico, el empleador tendrá derecho a seleccionar el médico que lo tratará durante los primeros 30 días. Después de 30 días, usted podrá cambiar de médico según desee; este cambio podrá incluir a su

quiropático o acupunturista personal. Si su empleador ofrece una Organización de Atención Médica (Health Care Organization, HCO) o a partir del 1/1/05 tiene una red de proveedores de atención médica (medical provider network, MPN), se aplicarán normas especiales. Contacte a su empleador para obtener más información.

FUNCIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

El médico de atención primaria decidirá qué tipo de atención médica recibirá usted para su lesión o enfermedad, determinará cuándo podrá regresar a trabajar, contribuirá a identificar el tipo de tareas que puede realizar en forma segura durante la recuperación, lo referirá a especialistas, si es necesario, y escribirá informes médicos que afectarán los beneficios que usted reciba. Es importante obtener una buena atención médica para poder recuperarse. El médico que lo trate deberá conocer el tipo de lesión o enfermedad específica. Informe al médico sobre los síntomas y los eventos laborales que usted cree que los ocasionaron. También describa su trabajo y entorno laboral.

SI SE LESIONA, OBTENGA ATENCIÓN MÉDICA. Si necesita primeros auxilios, contacte a su empleador. Si necesita tratamiento médico de emergencia, llame al 911 o a uno de los números indicados debajo. Informe al proveedor de atención médica que la lesión o enfermedad está relacionada con su trabajo.

Médico
Hospital

INFORMAR SOBRE LA LESIÓN O ENFERMEDAD

Informe de inmediato sobre la lesión a su supervisor o:

Representante del empleador Sally Cox
Número de teléfono 858 603-9810

Hable con su supervisor de inmediato. Si la lesión o enfermedad se desarrolló en forma gradual, informe sobre esta tan pronto advierta que fue causada por su trabajo. Si se comunica de inmediato, evitará problemas y retrasos en la recepción de beneficios, incluida la atención médica necesaria para evitar lesiones mayores. Si el empleador no toma conocimiento de su lesión en un plazo de 30 días, usted puede perder el derecho a recibir los beneficios del seguro contra accidentes laborales.

El empleador deberá proporcionarle un formulario de reclamación en el plazo de un día laboral después de enterarse de la lesión. En el plazo de un día laboral tras la presentación del formulario de reclamación por parte del empleado, el empleador deberá autorizar la prestación del tratamiento, conforme a las

Reclamaciones y negaciones falsas. Toda persona que realice o motive una declaración o manifestación sustancial falsa o fraudulenta en forma intencional, con el fin de obtener o negar el pago o los beneficios del seguro contra accidentes laborales, será culpable de delito grave y quedará sujeta a la pena de multa o prisión.

pautas de tratamiento aplicables, para la supuesta lesión, y deberá continuar suministrando tratamiento hasta la fecha en que se acepte o rechace la responsabilidad por la reclamación. Hasta la fecha de rechazo o aceptación de la reclamación, la responsabilidad por el tratamiento médico se limitará a diez mil dólares (\$10,000).

INFORMACIÓN ADICIONAL

Podrá obtener información gratuita a través de un Funcionario Estatal de Asistencia e Información sobre el Seguro contra Accidentes Laborales. Para escuchar información grabada, incluida una lista de oficinas locales, llame sin cargo al 1 (800) 736-7401. Información en línea: <http://www.dir.ca.gov>

Compañía aseguradora contra accidentes laborales de su empleador al momento de su contratación:

Property and Casualty Insurance Company of Hartford

DISCRIMINACIÓN

La sanción o despido por sufrir una enfermedad o lesión laboral, presentar una reclamación o testificar en un caso de seguro contra accidentes laborales de otra persona, constituye un acto ilegal por parte del empleador. Si esto se demuestra, usted podrá recibir salarios perdidos, reincorporación al trabajo, aumento en los beneficios, más costos y gastos hasta el límite establecido por el estado.

RED DE PROVEEDORES MÉDICOS (MPN)

Es posible que su empleador use una MPN, lo cual es una red de proveedores de asistencia médica seleccionados para dar tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. Si su empleador usa una MPN, una notificación hablando al número de la MPN debajo descrito. Si usted ha hecho una designación previa de un médico personal antes de lesionarse en el trabajo, entonces usted puede recibir tratamiento de su médico previamente designado. Si usted no ha hecho una designación previa y su empleador está usando una MPN, usted puede escoger un proveedor apropiado de la lista de la MPN después de la primera visita médica dirigida por su empleador. Si usted está recibiendo tratamiento de parte de un médico que no pertenece a la MPN para una lesión existente, puede requerirse que usted se cambie a un médico dentro de la MPN. Contacte a su empleador para obtener más información.

DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PERSONAL

En caso de sufrir una lesión o enfermedad relacionada con su trabajo, podrá ser tratado para dicha lesión o enfermedad por su médico personal (M.D.), osteópata (D.O.) o grupo médico si:

- o su empleador ofrece cobertura médica colectiva;
- o el médico es su médico habitual, quien deberá ser médico general o médico de familia, ginecólogo obstetra, pediatra o internista elegible por la junta médica o certificado por dicha junta, y que haya coordinado su tratamiento médico con anterioridad y conserve sus registros médicos;
- o su "médico personal" puede ser un grupo médico si se trata de una única sociedad o asociación formada por médicos u osteópatas con licencia, que opera como un grupo médico integrado con múltiples especialidades, que brinda servicios médicos amplios, especialmente para lesiones y enfermedades no ocupacionales;
- o antes de la lesión, el médico acepta tratarlo por enfermedades o lesiones laborales;
- o antes de la lesión, usted suministra al empleador lo siguiente por escrito: (1) notificación del deseo de que su médico personal lo trate por enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo, y (2) el nombre y la dirección comercial de su médico personal.

Si cumple con los requisitos anteriores y desea que su médico u osteópata personal lo trate por una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, podrá usar el siguiente formulario para notificar a su empleador.

NOTIFICACIÓN DE DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PERSONAL

Empleado: complete esta sección.

Para: _____ (**nombre del empleador**). Si sufro una lesión o enfermedad relacionada con mi trabajo, elijo ser tratado por:

(**nombre del médico**) (M.D., D.O. o grupo médico)

(**dirección, ciudad, estado, código postal**)

(**número de teléfono**)

Nombre del empleado (**en letra de imprenta**):

Dirección del empleado:

Firma del empleado

Fecha:

Médico: acepto esta designación previa:

Firma:

Fecha:

(**Médico o empleado designado del médico o grupo médico**)

No es obligatorio que el médico firme este formulario; no obstante, si el médico o empleado designado del médico o el grupo médico no lo firma, se exigirá otra documentación en la que conste la aceptación del médico a ser designado previamente conforme al Título 8 del Código de Reglamentaciones de California, sección 9780.1(a)(3).

Título 8 del Código de Reglamentaciones de California, sección 9783.

NOTIFICACIÓN DE QUIROPRÁCTICO O ACUPUNTURISTA PERSONAL

Si su empleador o la compañía aseguradora de su empleador no tienen una Red de Proveedores de Atención Médica, usted podrá cambiar el médico que lo trata por su quiropráctico o acupunturista personal tras una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. A fin de ser elegible para realizar este cambio, deberá informar por escrito a su empleador el nombre y la dirección comercial del quiropráctico o acupunturista personal, antes de la lesión o enfermedad. Por lo general, el administrador de reclamaciones tiene derecho a seleccionar el médico que lo trata durante los primeros 30 días después de que el empleador se entere de la lesión o enfermedad. Después de que el administrador de reclamaciones inicie el tratamiento con otro médico durante dicho período, usted podrá solicitar que el tratamiento se transfiera a su quiropráctico o acupunturista personal.

Para notificar al empleador sobre su quiropráctico o acupunturista personal, puede usar el siguiente formulario.

Información del quiropráctico o acupunturista:

(nombre del quiropráctico o acupunturista)

(dirección, ciudad, estado, código postal)

(número de teléfono)

Nombre del empleado (en letra de imprenta):

Dirección del empleado:

Firma del
empleado

Fecha: