

Pasos a seguir cuando ocurre una lesión en el lugar de trabajo

Llame al 911 de inmediato en caso de emergencias graves o potencialmente mortales



Si tiene un incidente o sufre una lesión, estamos aquí para ayudar. Siga estos pasos.

Un empleado lesionado, su empleador o su proveedor médico pueden informar una lesión relacionada con el trabajo. Su compañía ha elegido a Sedgwick Managed Care Ohio para que le ayude con este proceso.

Instrucciones para el empleado

1. Notifique de inmediato a su supervisor.
2. Complete la primera sección del formulario Primer informe de lesión (First Report of Injury, FROI) de la BWC de la manera más completa posible.
3. Busque el tratamiento médico adecuado si es necesario y proporcione la tarjeta de identificación adjunta en todas las citas médicas.
4. Mantenga informado a su supervisor sobre su estado médico y devuelva toda la documentación de la reclamación completa a su empleador a la brevedad.

Instrucciones para el empleador

1. Ayude a completar el informe de lesión/incidente y/o la sección de información del empleador del formulario FROI adjunto.
2. Si se trata de un tratamiento médico, asegúrese de que el incidente se informe a Sedgwick MCO mediante uno de los métodos descritos en "Cómo informar sobre una lesión relacionada con el trabajo a Sedgwick MCO".

Cómo informar sobre una lesión relacionada con el trabajo a Sedgwick MCO



En línea:

Envíe un formulario de lesiones (FROI) en línea a sedgwickmco.com.



Teléfono:

Comuníquese con nuestro equipo de atención al cliente al 888-627-7586 (disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).



Email:

Envíe los informes encriptados de lesiones/incidentes lo antes posible a: Injury.Accident@Sedgwickmco.com.



Fax:

Send injury forms to 888-711-9284.

Enviar la documentación y los informe de las lesiones a la brevedad ayuda a que todos obtengamos mejores resultados.

Contactos clave e información adicional

Preguntas sobre tratamientos médicos, documentación médica y problemas de facturación

Comuníquese con Sedgwick Managed Care Ohio:

- Teléfono: 888-627-7586
- Fax: 888-627-0074
- Correo postal: P.O. Box 1040, Dublin, OH 43017

Preguntas sobre recetas

Llame al 800-644-6292 y siga las indicaciones.

Oficina de Compensación a los Trabajadores (Bureau of Workers' Compensation, BWC) de Ohio

Llame al 800-644-6292 o visite bwc.ohio.gov.

Opciones médicas y búsqueda de proveedores

Si necesita tratamiento médico, consulte a un proveedor médico certificado por BWC. Para obtener información sobre proveedores, haga clic en "Buscar un proveedor" en el [sitio web de Sedgwick MCO](#) o visite la [Página de Búsqueda de Proveedores](#) en el sitio web de BWC.

El trabajo de transición beneficia a todos

¡Es importante que regrese al trabajo de manera segura y oportuna! Juntos, exploraremos las oportunidades para un trabajo de transición o trabajo modificado que pueda adaptarse a cualquier limitación física con el fin de acelerar su recuperación, facilitar la transición de vuelta al trabajo y minimizar cualquier dificultad como resultado de una lesión en el lugar de trabajo. La seguridad y la recuperación de los empleados son las prioridades más altas. Es esencial, y además obligatorio, mantener a Sedgwick MCO y a su empleador actualizados sobre su estado de recuperación y restricciones laborales en todo momento.

Responsabilidades

Sedgwick MCO

- Iniciar nuevas reclamaciones ante la BWC, recopilar y enviar la información requerida
- Regreso al trabajo y administración de casos médicos
- Revisión y aprobación del tratamiento médico
- Pago de facturas médicas
- Gestión médica de reclamaciones de compensación al trabajador
- Todas las responsabilidades asociadas de la organización de atención administrada

BWC

- Determinación de compensación y asignación de reclamaciones.
- Asignación de número de reclamación
- Pago(s) de la(s) compensación(es)
- Coordinación de audiencias de la Comisión Industrial

Proveedores médicos

- Los médicos tratantes deben estar certificados por la BWC
- Presentar toda la documentación médica a Sedgwick MCO a la brevedad
- Indicar claramente la aptitud para el trabajo y los períodos de discapacidad utilizando el formulario MEDCO-14

Formularios importantes de la BWC

Primer informe de lesión (FROI)

Inicia la reclamación de compensación al trabajador; complete y envíe a Sedgwick MCO

MEDCO-14

Declaración del médico sobre la capacidad laboral, estado de recuperación; envíe a Sedgwick MCO

C-9

Solicitud del médico para la aprobación del tratamiento; abordada por Sedgwick MCO

Información de identificación de compensación laboral

Complete el nombre y número de póliza de su empleador y presente esta información en todas sus citas médicas.

Proporcione el formulario MEDCO-14 con cualquier restricción física, ya que el empleador podría tener funciones modificadas disponibles.

Esto no garantiza la cobertura.

Nombre del empleador:



Número de la póliza:



Envíe toda la información dentro de las 24 horas de la visita

- Fax de Informe de lesiones y FROI: 888-711-9284
 - Fax médico y de autorización: 888-627-0074
 - Servicio al cliente las 24 horas: 888-627-7586
 - Preguntas sobre recetas: 800-644-6292
- (siga las indicaciones)

Envíe todo el correo y las facturas médicas a:

Sedgwick Managed Care Ohio
PO Box 1040
Dublin, OH 43017

 Cut or fold page if desired



Bureau of Workers' Compensation

Informe inicial de lesión, enfermedad ocupacional o fatalidad (FROI)

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)		Fecha de nacimiento		
Dirección postal; incluya el número de apartamento o apartado postal, si corresponde					Ciudad		Estado		Código postal
Genero ☐ Masculino ☐ Femenino		Dirección de correo electrónico			Número de teléfono particular		Número de teléfono celular		
Nombre del empleador		Dirección del empleador			Ciudad		Estado		Código postal
¿Fue este trabajador lesionado contratado por medio de una agencia de trabajo temporal? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, nombre de la agencia de trabajo temporal				Marque los días de la semana en los que suele trabajar ☐ Dom ☐ Lun ☐ Mar ☐ Mié ☐ Jue ☐ Vie ☐ 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	
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? ☐ Sí ☐ No	
Hora de inicio del trabajador lesionado ____ a. m. ☐ p. m.		Hora de la lesión ____ a. m. ☐ p. m.		Fecha en la que se notificó al empleador		¿Perdió, el trabajador, alguna parte de un día de trabajo debido a la lesión? ☐ Sí ☐ No		Última fecha en que trabajó	
¿Fue en las instalaciones del empleador donde ocurrió el accidente o la exposición? ☐ Sí ☐ 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? ☐ Sí ☐ 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 ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo				Cantidad de dependientes del difunto		
A completar por el trabajador lesionado									
Al firmar este formulario, yo:									
- 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:									
- 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? ☐ Sí ☐ No ¿Es usted el médico de registro? ☐ Sí ☐ 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). ☐ Propietario/Propietario único ☐ Socio ☐ Individuo incorporado como corporación					
Para todos los empleadores: ☐ Certificación: Certifico que los hechos en esta solicitud son correctos y válidos. ☐ Rechazo: Rechazo la validez de este reclamo por los motivos que se enumeran a continuación:									
Exclusivo para empleadores autoasegurados: ☐ Solo atención médica ☐ 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	