

**RECLAMACIÓN DE COMPENSACIÓN/
FORMULARIO C-4**

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA O INFORME DE TRATAMIENTO INICIAL POR PARTE DEL EMPLEADO
TECLEE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN.

RECLAMACIÓN DEL EMPLEADO: BRINDE TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA

Primer nombre	Inicial del seg. nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N.º de reclamación (solo para uso de la aseguradora)
Dirección postal		Edad	Estatura	Peso	Número de Seguro Social
Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono		
Dirección de correo electrónico					Idioma principal hablado
ASEGURADORA		ADMINISTRADOR EXTERNO		Ocupación (cargo laboral) del empleado cuando ocurrió la lesión o enfermedad ocupacional	
Nombre del empleador/Nombre de la empresa					Teléfono
Dirección postal de la oficina (número y calle)					
Fecha de la lesión (si corresponde)	Hora de la lesión (si corresponde) am pm	Fecha de notificación al empleador	Último día de trabajo tras la lesión o enfermedad ocupacional	Supervisor a quien se informó la lesión	
Dirección o lugar del accidente (si corresponde)					
¿Qué estaba haciendo usted cuando sucedió el accidente? (si corresponde)					
¿Cómo ocurrió esta lesión o enfermedad ocupacional? (Sea específico y responda detalladamente; use hojas adicionales si es necesario)					
Si cree que tiene una enfermedad ocupacional, ¿cuándo tuvo conocimiento por primera vez de la incapacidad y la relación de esta con su empleo?					Testigos del accidente (si corresponde)
Naturaleza de la lesión o la enfermedad ocupacional			Parte(s) del cuerpo lesionada(s) o afectada(s)		

CERTIFICO QUE LO ANTERIOR ES VERDADERO Y CORRECTO SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER Y QUE HE BRINDADO ESTA INFORMACIÓN CON EL FIN DE OBTENER LOS BENEFICIOS DE LAS LEYES DE SEGURO INDUSTRIAL Y ENFERMEDADES OCUPACIONALES DE NEVADA (ESTATUTOS REVISADOS DE NEVADA [NRS], CAPÍTULOS 616A A 616D INCLUSIVE, O CAPÍTULO 617). POR LA PRESENTE, AUTORIZO A CUALQUIER MÉDICO, QUIROPRACTICO, CIRUJANO, PROFESIONAL O CUALQUIER OTRA PERSONA; A CUALQUIER HOSPITAL, INCLUIDOS LOS HOSPITALES DE LA ADMINISTRACIÓN DE ASUNTOS DE LOS VETERANOS U HOSPITALES GUBERNAMENTALES; A CUALQUIER ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS; A CUALQUIER COMPAÑÍA ASEGURADORA, O A CUALQUIER OTRA INSTITUCIÓN U ORGANIZACIÓN A DIVULGAR ENTRE ELLAS CUALQUIER INFORMACIÓN MÉDICA O DE OTRO TIPO, INCLUIDOS LOS BENEFICIOS PAGADOS O PAGADEROS RELACIONADOS CON ESTA LESIÓN O ENFERMEDAD, EXCEPTO LA INFORMACIÓN RELATIVA AL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y/O ASESORAMIENTO SOBRE EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), AFECCIONES PSICOLÓGICAS Y CONSUMO DE ALCOHOL O SUSTANCIAS CONTROLADAS, PARA LO CUAL DEBO DAR UNA AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA. UNA COPIA FOTOSTÁTICA DE ESTA AUTORIZACIÓN TENDRÁ LA MISMA VALIDEZ QUE EL ORIGINAL.

Fecha _____ Lugar _____ Firma manuscrita o electrónica del empleado _____

ESTE INFORME SE DEBE COMPLETAR Y ENVIAR POR CORREO DENTRO DE LOS 3 DÍAS HÁBILES POSTERIORES AL TRATAMIENTO

Lugar	Nombre del centro				
Fecha	Diagnóstico y descripción de la lesión o enfermedad ocupacional	¿Existe evidencia de que el empleado lesionado se encontraba bajo la influencia de alcohol y/o de otra sustancia controlada en el momento del accidente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es sí, explique)			
Hora					
Tratamiento:	¿Ha aconsejado al paciente que no asista al trabajo durante cinco días o más? <input type="checkbox"/> Sí Indique las fechas: desde _____ hasta _____ <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, el empleado lesionado es capaz de realizar: <input type="checkbox"/> trabajo en jornada completa <input type="checkbox"/> trabajo modificado				
Hallazgos mediante radiografías:	Si indicó trabajo modificado, especifique las limitaciones/restricciones: _____ _____				
Con base en la información que brindó el empleado, junto con la evidencia médica, ¿puede usted vincular directamente esta lesión o enfermedad ocupacional con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Se indica atención médica adicional a cargo de un médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Tiene conocimiento de alguna lesión o enfermedad previa que haya contribuido a esta afección o enfermedad ocupacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es sí, explique)					

Fecha	Nombre del proveedor de atención médica en letra de imprenta	Certifico que la copia de este formulario para el empleador se entregó al empleador el:			
Dirección					SOLO PARA USO DE LA ASEGURADORA
Ciudad	Estado	Código postal	N.º de Identificación Fiscal del proveedor	Teléfono	
Firma manuscrita o electrónica del proveedor de atención médica				Título (MD, DO, DC, PA-C, APRN) Elija (si corresponde)	