



Parte A - Autorización

OMB N° 1215-0066

Instrucciones al empleador - Esta cara del formulario deberá ser rellenada en su totalidad y autoriza a un médico de **elección del empleado** (Vea la casilla 2 a continuación) a examinar y/o tratar a un empleado cubierto por la ley federal de compensación de los trabajadores que se marca en la casilla de la derecha en caso de lesión accidental, enfermedad o defunción como consecuencia de y en el transcurso del desempeño de su trabajo.

Marque A o B en la casilla 7. El original y al menos dos copias de este formulario deben ser entregadas al médico. El médico deberá rellenar el informe médico y la factura inicial que figura al dorso y enviar en el plazo de diez días el documento original del informe al Director del Distrito y copias a la compañía aseguradora o al empleador cuyo nombre figura en la casilla 13. Cualquier informe subsiguiente y de seguimiento regular deberá ser enviado por el médico rellenando el Formulario LS-204 y/o en un informe en modo de narración, según le sea solicitado.

Los empleados no pueden elegir un médico que no esté autorizado en ese momento por el Departamento de Trabajo para prestar servicios médicos en virtud de la Ley.

Ninguna persona está obligada a responder a esta recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB en vigor. La información recogida será utilizada para supervisar el tratamiento médico que se proporciona a los empleados lesionados y es obligatorio proporcionar dicha información (20 CFR 702-419).

1. Esta autorización es válida para el examen y/o tratamiento en virtud de la Ley de Compensación de los Trabajadores que se marca a continuación:

- A ☐ Longshore and Harbor Workers Compensation Act (Ley de Compensación de Trabajadores Portuarios)
- B ☐ Defense Base Act (Ley de Base de la Defensa)
- C ☐ Nonappropriated Fund Instrumentalities Act (Ley de Instrumentalidades de Fondos no Asignados)
- D ☐ Outer Continental Shelf Lands Act (Ley de Territorios en la Plataforma Continental Exterior)

2. Nombre y dirección del médico o centro médico autorizado para proporcionar los servicios médicos.

* (El término "médico" incluye doctores en medicina (MD), cirujanos, pediatras, dentistas, psicólogos clínicos, optometristas, osteópatas y quiroprácticos. El pago de los servicios quiroprácticos está limitado a los exámenes físicos relacionados con pruebas de laboratorio, rayos X para diagnosticar una subluxación de la espina dorsal y el tratamiento consistente en la manipulación de la espinal dorsal para corregir una subluxación demostrada a través de rayos X. Vea 20 CFR 702-404).

3. Nombre del empleado

(apellido, primer nombre, nombre medio)

4. Fecha de la lesión (mes, día, año)

5. Puesto

6. Cómo se produjo el accidente o la enfermedad

7. Usted está autorizado para proporcionar servicios médicos al empleado según se precisa a continuación:

- A ☐ Si usted considera que el estado de salud del empleado está relacionado con la lesión que se ha producido en el puesto de trabajo del empleado, brinde el tratamiento en su consulta y/o hospital que considere oportuno para atender a esta lesión.
- B ☐ Si usted tiene dudas sobre si el estado de salud del empleado determinado mediante revisión es consecuencia de la lesión o no, usted está autorizado a examinar al empleado, utilizando para ello medios de diagnóstico no quirúrgico, y debería notificar lo antes posible a las personas listadas en la casilla 13 en relación a si considera que la discapacidad es consecuencia de la presunta lesión. A la espera de más indicaciones, puede proporcionar tratamiento conservador si lo considera necesario.

Usted debe remitir un informe escrito del primer tratamiento proporcionado dentro del plazo de 10 días al Director de Distrito cuyo nombre figura en la casilla 12 a continuación. (Vea el dorso de este formulario para instrucciones sobre el informe médico y el envío de sus honorarios).

8. Firma y cargo del oficial que da su autorización
(Firmar todas las copias)

9. Nombre y dirección del empleador

10. Teléfono (Código de área y número local)

11. Fecha de autorización (mes, día, año)

12. Envíe una copia de su informe a:

U.S. Department of Labor
Employment Standards Administration
Office of Workers' Compensation Programs

13. Nombre y dirección de la compañía de seguros o del empleador auto-asegurado al que se deben remitir la factura y una copia del informe.

Declaración Pública de Carga

Estimamos que la carga para rellenar este formulario será de aproximadamente de 65 minutos por respuesta, incluido el tiempo necesario para leer detenidamente las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, reunir y retener los datos necesarios y rellenar y revisar la información del formulario. Si tiene algún comentario en relación con esta estimación de tiempo o con cualquier otro aspecto de esta recogida de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, envíelas al Departamento de Trabajo, División de Compensación de los Trabajadores Portuarios, 200 Constitution Avenue, N. W. Washington D.C. 20210. **NO ENVÍE EL FORMULARIO RELLENO A ESTA OFICINA.**

Parte B – Informe de lesiones y tratamiento por parte del médico que ha atendido al empleado

Instrucciones para el médico: Este informe inicial deberá ser rellenado y enviado en el plazo de 18 días. Envíe el original por correo al Director del Distrito (dirección en la casilla 12), y una copia a la compañía que figura en la casilla 13. Los informes posteriores deberían rellenarse de forma regular en el formulario LS-204 y/o en un informe en modo de narración, mientras el empleado está bajo su cuidado. Por favor, lea la casilla 7 en la parte delantera de este formulario. Su número de Seguridad Social es voluntario y es utilizado exclusivamente con fines identificativos.

14. ¿Qué historial de lesión o enfermedad le proporcionó el empleado?

15. ¿Existe algún historial o evidencia de lesiones, enfermedades o discapacidad física previas al accidente?

☐ No ☐ Sí - Por favor, describa

16. ¿Cuáles son sus conclusiones (incluya resultados de rayos X, pruebas de laboratorio, etc)?

17. ¿Cuál es su diagnóstico?

18. ¿Considera que el estado de salud del empleado fue causado o agravado por la actividad laboral descrita?

(Por favor, explique su respuesta en caso de que haya dudas)

☐ Sí ☐ No

19. ¿La lesión fue motivo de hospitalización? ☐ No ☐ Sí - Rellene b, c, d

20. ¿Es necesaria hospitalización adicional?

☐ Sí ☐ No

b Nombre del hospital

c. Fecha de ingreso (mes, día, año)

d. Fecha de alta

21. Cirugía (en caso de haberse practicado, describa el tipo)

22. Fecha en que se practicó la cirugía (mes, día, año)

23. ¿Qué tipo de tratamiento proporcionó usted al empleado diferente a hospitalización y cirugía?

24. ¿Qué efectos permanentes, en caso de que los haya, anticipa usted como consecuencia de la lesión?

25. Fecha de la primera revisión (mes, día, año)

26. Fecha(s) de tratamiento (mes, día, año)

27. Fecha de alta del tratamiento (mes, día, año)

28. Periodo de discapacidad (si la fecha de conclusión es desconocida, por favor, indíquelo) (mes, día, año)

29. Fecha en la que el empleado podrá retomar su actividad laboral (mes, día, año)

Discapacidad total: Desde Hasta

Discapacidad parcial: Desde Hasta

☐ Actividad laboral ligera _____

☐ Actividad laboral habitual _____

30. Si el empleado puede retomar su actividad laboral, ¿ha sido convenientemente informado? ☐ No ☐ Sí - Indique la fecha en que fue informado (mes, día, año)

31. Si el empleado puede retomar exclusivamente una actividad laboral ligera, indique las limitaciones físicas y el tipo de trabajo que el empleado puede realizar de manera razonable con dichas limitaciones.

32. Comentarios y recomendaciones para asistencia posterior, en caso de ser pertinente.

33. ¿Es usted un especialista? ☐ No ☐ Sí - Indique su especialidad

34. Firma y nombre en mayúsculas del médico

35. Dirección (nº, calle, ciudad, estado, código ZIP)

36. Número de seguridad social del médico

37. Fecha de este informe (mes, día, año)

38. Factura médica (Los honorarios por sus servicios pueden ser indicados en el espacio que figura a continuación o en su formulario de facturas habitual).

Fecha o periodo de tratamiento	Los servicios y el material utilizado deben estar detallados	Cantidad o número	Precio unitario Costo Per	Cantidad \$	¢

Total