

Estado de Nevada  
**MINISTERIO DE ASUNTOS COMERCIALES E INDUSTRIALES**  
**(DEPARTMENT OF BUSINESS & INDUSTRY)**  
**DIVISIÓN DE RELACIONES INDUSTRIALES**  
**(DIVISION OF INDUSTRIAL RELATIONS)**  
*Sección de Indemnización por Accidentes Laborales (Worker's Compensation Section)*

# ATENCIÓN

## Breve Descripción de Sus Derechos y Beneficios si se Lesionara en el Trabajo o sufriera una Enfermedad de Carácter Laboral

### NOTICE

This is a translation of a document originally drawn up in English. Accordingly, it is understood that all legal rights, responsibilities and/or obligations are governed by the original English version of this document. Furthermore, we reserve the right to correct any errors in this document.

### ADVERTENCIA

Ésta es la traducción de un documento originalmente redactado en inglés. Consiguientemente, hágase saber que todos los derechos legales, responsabilidades y/u obligaciones expresadas en el mismo se registrarán por la versión original del documento expedida en inglés. Además, nosotros nos reservamos el derecho de corregir cualquier error en este documento.

**Notificación de Lesión o Enfermedad de Carácter Laboral (Reporte de Incidente, Formulario C-1):** Si usted sufriera una lesión o enfermedad de carácter laboral (*occupational disease*, OD por sus siglas en inglés) ocasionada por su trabajo y mientras se encontrara desempeñándolo, usted tendrá que proporcionar notificación escrita al respecto a su empleador lo antes posible, pero a más tardar 7 días después de la fecha del accidente o de la enfermedad de carácter laboral (OD). Su empleador mantendrá una cantidad suficiente de formularios (*Notice of Injury or Occupational Disease*).

**Reclamación para Compensación (Formulario C-4):** Si usted requiriera tratamiento médico, se le solicitará llenar el formulario C-4 (form C-4), el cual estará disponible en la instalación que dispense el tratamiento inicial. Dicho formulario, debidamente llenado, tendrá que ser remitido dentro de 90 días después del accidente o de la enfermedad de carácter laboral. El médico o quiropráctico interviniente, tendrá que llenar dicho formulario y remitirlo dentro de 3 días laborables contados a partir de la fecha del tratamiento a: el empleador, la compañía de seguros del empleador y al administrador intermediario.

**Tratamiento Médico:** Si usted requiriera tratamiento médico por concepto de su lesión o enfermedad de carácter laboral, se le podría requerir que elija uno de los médicos o quiroprácticos que aparece en la lista de profesionales proporcionada por la compañía de seguros contra accidentes laborales, si dicha compañía hubiese celebrado un contrato con una Organización de Atención Médica Coordinada (*Managed Care Organization* o MCO, por sus siglas en inglés) o una Organización de Proveedores Preferentes (*Preferred Provider Organization* o PPO, por sus siglas en inglés) o un grupo de proveedores de atención médica. Si el empleador no hubiese celebrado un contrato con una MCO o PPO, usted podrá elegir uno de los médicos o quiroprácticos integrados al Panel de Médicos y Quiroprácticos. Cualquier **costo médico** relacionado con su lesión industrial u OD será pagado por su compañía de seguros.

**Incapacidad Total Temporal (TTD):** Si su médico certificara que usted no puede trabajar por un período de por lo menos 5 días consecutivos ó 5 días cumulativos durante un período de 20 días o si le impusiera restricciones con las cuales su empleador no pudiera cumplir, usted podría calificar para una compensación por concepto de una TTD.

**Incapacidad Parcial Temporal (TPD):** Si al regresar a trabajar su sueldo fuera menor que la compensación por concepto de una Incapacidad Total Temporal (TTD) para la cual hubiera calificado, se podría requerir que la compañía de seguros le pague una compensación por concepto de dicha TPD, con la finalidad de compensar la diferencia entre su sueldo y la compensación por concepto de la TTD. La compensación por concepto de una TPD podrá ser pagada únicamente por un período máximo de 24 meses.

**Incapacidad Parcial Permanente (PPD):** Si usted mostrara los síntomas de una PPD después de que la condición médica ocasionada por su lesión o enfermedad de carácter laboral se haya estabilizado, su compañía de seguros, dentro de 30 días, tendrá que hacer los arreglos para una evaluación por un médico o quiropráctico evaluador para determinar la gravedad de su PPD. La cantidad de la indemnización por concepto de su PPD, dependerá de la fecha de la lesión, los resultados de la evaluación de dicha incapacidad, así como su edad y su sueldo.

**Incapacidad Total Permanente (PTD):** Si un médico o quiropráctico interviniente certificara que médicamente usted se encuentra permanente y totalmente incapacitado y su compañía aseguradora lo considerara en estado de Incapacidad Total Permanente (PTD), usted calificará para recibir indemnizaciones mensuales, hasta un máximo del 66 2/3% de su sueldo mensual promedio. La cantidad del beneficio por concepto de la PTD está sujeta a una reducción si usted hubiera sido indemnizado por concepto de una Incapacidad Parcial Permanente (PPD) en el pasado.

*La información contenida en esta publicación se deriva de los Capítulos 616A y 617 de los Estatutos Actualizados del Estado de Nevada y es proporcionada únicamente para mantenerlo informado. Si tuviera alguna pregunta referente a su lesión o su reclamación por concepto del seguro contra accidentes laborales, por favor comuníquese con:*

Compañía de Seguros/Administrador: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal

MCO/Proveedor de Atención Médica: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal

**Servicios de Rehabilitación Vocacional:** Si usted no pudiese regresar a trabajar debido a un impedimento físico permanente o alguna restricción permanente atribuible a una lesión o enfermedad de carácter laboral, usted podría calificar para los servicios de rehabilitación vocacional.

**Reembolso por Concepto de Transportación y Sustento Diario:** Usted podrá calificar para gastos de viajes y sustento diario relacionado con tratamiento médico.

**Reanudación:** Usted podría calificar para la reanudación de su reclamación si su condición empeorara después de que la reclamación haya sido cerrada.

**Procedimiento de Apelación:** Si usted no estuviese de acuerdo con la determinación emitida por escrito por la compañía de seguros o si la compañía de seguros no respondiera a su petición, usted podrá apelar dichos actos ante un **Funcionario Judicial del Ministerio de Administración (Department of Administration, Hearing Officer)**, siguiendo las instrucciones detalladas en su notificación de la determinación. Su apelación de la determinación tendrá que ser interpuesta dentro de 70 días, contados a partir de la fecha de la notificación de la determinación a: 1050 E. William Street, Suite 400, Carson City, Nevada 89701, ó 2200 S. Rancho Drive, Suite 210, Las Vegas, Nevada 89102. Si no estuviese de acuerdo con la decisión del Funcionario Judicial, usted podrá apelar dicha decisión ante un **Funcionario de Apelación del Ministerio de Administración (Department of Administration, Appeals Officer)**. Su apelación de la decisión tendrá que ser interpuesta dentro de 30 días, contados a partir de la fecha de la notificación de la decisión del Funcionario Judicial a: 1050 E. William Street, Suite 450, Carson City, Nevada 89701, ó 2200 S. Rancho Drive, Suite 220, Las Vegas, Nevada 89102. Si no estuviese de acuerdo con la decisión del Funcionario de Apelación, usted podrá presentar una **petición para revisión judicial ante la Corte del Distrito**. Su apelación tendrá que ser formulada dentro de 30 días, contados a partir de la fecha de la decisión emitida por el Funcionario de Apelación. Usted podrá ser representado por un abogado, contratado y remunerado por usted. Para determinar si usted califica para ser representado por uno de los abogados de la NAIW, comuníquese con dicha Agencia.

**Agencia de Abogados de Nevada para Trabajadores Lesionados (NAIW, por sus siglas en inglés):** Si usted no estuviera de acuerdo con la decisión de un funcionario judicial, usted podrá solicitar que un abogado de la NAIW lo represente en una audiencia ante un Funcionario de Apelación, sin cargo alguno para usted. La NAIW es una agencia estatal independiente y no está afiliada a ninguna compañía de seguros. Para información referente a la denegación de beneficios comuníquese con la NAIW a: 1000 E. William Street, Suite 208, Carson City, NV 89701, (775) 684-7555, ó 2200 S. Rancho Drive, Suite 230, Las Vegas, NV 89102, (702) 486-2830.

**Para Presentar una Queja ante la División:** Si desea presentar una queja ante el Administrador de la División de Relaciones Industriales (DIR, por sus siglas en inglés), comuníquese con la Sección de Indemnización por Accidentes Laborales: Workers' Compensation Section, 400 West King Street, Suite 400, Carson City, Nevada 89703, teléfono (775) 684-7270, ó 1301 North Green Valley Parkway, Suite 200, Henderson, Nevada 89074, teléfono (702) 486-9080.

**Para Asistencia por asuntos relacionados con Compensación para Trabajadores (Workers' Compensation):** Usted podrá comunicarse con la *Office of the Governor Consumer Health Assistance*, 555 E. Washington Avenue, Suite 4800, Las Vegas, Nevada 89101, Línea Telefónica Gratuita 1-888-333-1597, sitio Web: <http://govcha.state.nv.us>, E-mail cha@govcha.state.nv.us