



Claims Administrative Services, Inc.

Our reputation for excellence is no accident.® / Nuestro prestigio por buscar la excelencia no es accidente

Employee's Injury Report / Informe de lesión de empleado

This form must be completed in detail and signed by the injured employee. / El empleado lesionado debe llenar detalladamente y por completo este formulario, y firmarlo.

Your Full Name / Nombre completo		Department You Work For / Departamento en el que labora	
Social Security Number / Seguro social	Date of Birth / Fecha de nacimiento	Location of Accident / Lugar del accidente	
Your Address (Street, City, State, County, Zip) / Domicilio (Calle, Ciudad, Estado, Condado, C.P.)		Supervisor's Name / Nombre de supervisor	
Phone Number Where You Can be Reached / Teléfono donde se le puede localizar		Job Title at Time of Injury / Puesto de trabajo cuando ocurrió la lesión	
Date of Hire / Fecha de contratación	How Long in Current Position / Antigüedad en puesto actual Yrs. / Años Mos. / Meses		

Details of the Injury / Detalles de la lesión

Date of Injury / Fecha de la lesión	Time of Injury / Hora de la lesión AM / PM	Date you first Lost Time / Fecha de inicio de la incapacidad
Where in the workplace did your injury occur? / ¿En qué parte de su trabajo ocurrió la lesión?		Do you plan to go to the Doctor? / No en este momento Dr's name and address ¿Va a ir el empleado al médico? Médico
Describe in detail how your injury occurred. / Describa detalladamente cómo ocurrió su lesión.		
What safety equipment were you using at the time of the accident? / ¿Qué equipo de seguridad usaba cuando ocurrió el incidente?		
What can be done to prevent this type of injury in the future? / ¿Qué se puede hacer para evitar este tipo de lesión en el futuro?		



Claims Administrative Services, Inc.

Our reputation for excellence is no accident.® / Nuestro prestigio por buscar la excelencia no es accidente

When were you first aware of this injury? / ¿Cuándo identificó la lesión por primera vez?	
When did you first notify your supervisor of your injury? / ¿Cuándo informó por primera vez de la lesión a su supervisor?	
What part of your body is injured? / ¿Qué parte de su cuerpo se lesionó?	Describe the injury. / Describa la lesión.
<p>On the diagram provided below, please circle the part(s) of your body where you are experiencing pain due to this injury. / En el diagrama a continuación, por favor marque con un círculo la parte o partes de su cuerpo en las que presenta dolor por esta lesión.</p> <div style="text-align: center;"> </div>	
Did anyone witness your accident? List the names of any witnesses. / ¿Alguien presencié el incidente? Escriba los nombres de los testigos.	
Was anyone else injured in this accident? List the names of any other injured people. / ¿Alguien más resultó lesionado en este incidente? Escriba los nombres de cualquier otro lesionado.	
In the incident that caused your injury, was there damage to any property or equipment? Describe any damage. / En el incidente que ocasionó su lesión, ¿hubo daños a la propiedad o a los equipos? Describa los daños.	

I certify that the information contained in this report is true and correct. / Declaro que la información aquí presentada es correcta y verdadera.

I understand that any falsification of information regarding an on the job injury may result in disciplinary action and/or prosecution under the appropriate State Criminal Statutes. / Comprendo que la falsificación de información con respecto a una lesión laboral puede castigarse con alguna medida disciplinaria o demanda judicial de acuerdo con las Leyes Penales Estatales.

I hereby authorize the release of all medical records relating to the above noted incident to my employer, his agent or insurance company. / Por medio del presente formulario, autorizo que los registros médicos relacionados con el incidente aquí descrito sean compartidos con mi empleador, su agente o compañía de seguros.

Employee's Printed Name / Nombre completo del empleado	Employee's Signature / Firma del empleado	Date / Fecha

Treatment:

Evaluated/treated by _____

Name Position Date

Work Related Injuries

Tyler Independent School District employees may go to the following Doctor without an appointment. (Please take a copy of the 1st injury report to the Doctor's office)

Direct RehabMed/Dr. Kersh

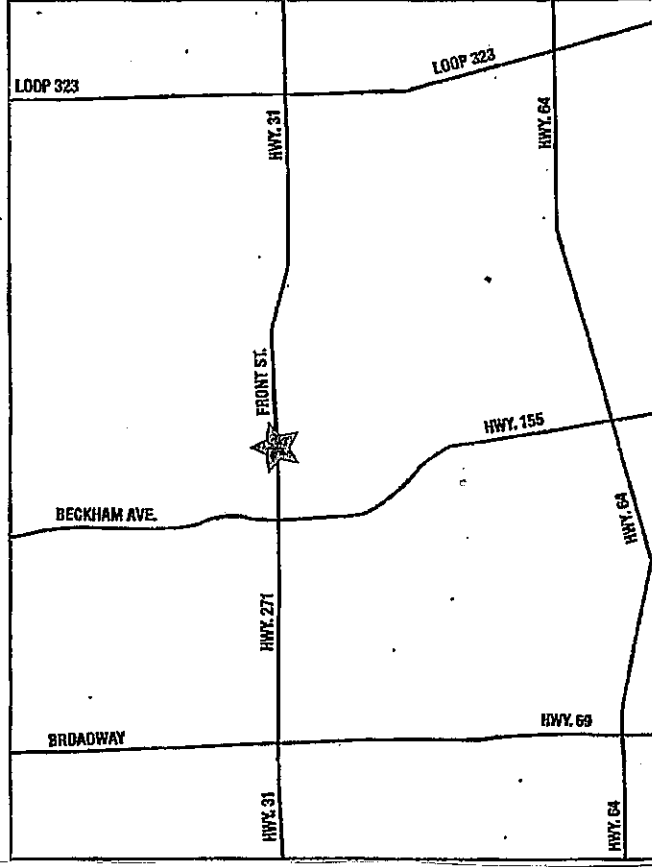
906 E. Front Street

Tyler, TX 75702

903-593-9999

8:00 a.m.- 5:00 p.m.

906 E. Front Street • Tyler, TX 75702



After hours go to the Emergency Room

INSTRUCCIONES PARA EMPLEADOS DE VUELTA AL TRABAJO CON RESTRICCIONES

Tyler ISD, en un esfuerzo para ayudar a trabajadores lesionados que han sido dados el alta por un médico para volver a trabajar **CON RESTRICCIONES**, ha desarrollado un programa de trabajo con modificaciones.

1. Un empleado lesionado que ha sido dado el alta por su médico para volver al trabajo con restricciones, tendrá que hacer contacto **INMEDIATAMENTE** con su supervisor.
2. Si el empleado no puede hacer su trabajo regular y el supervisor no tiene otro trabajo disponible, el empleado tiene que hacer contacto con Sue Benson al 903-262-1122.
3. El empleado continuará en el programa hasta que se le dé el alta para hacer su trabajo regular o alcance la Mejoría Medica Máxima (Maximum Medical Improvement), lo que ocurra primero.

FALLO DE HACER CONTACTO CON EL SUPERVISOR PARA EL PROGRAMA DE TRABAJO MODIFICADO ESTÁ CONSIDERADO CÓMO ABANDONO DEL TRABAJO



Dear Injured Worker,

Cypress Care has been selected by CAS-HEI to assist you in acquiring your prescription drugs. This form will provide you with the **convenience** of getting your workers' compensation medications at almost any pharmacy. There will be absolutely **no out-of-pocket expense**. Simply fill in your name and ID (last 4 digits of Social Security Number + DOI; no spaces) and present this form at the pharmacy when getting your prescriptions filled.

This form has been authorized for any of your **workers' compensation** prescriptions from your **authorized workers' compensation** physician. There are over 55,000 (nine out of ten) pharmacies in our national network. You may use your local pharmacy, call our toll free number for a list of other convenient pharmacies in your area, or go to www.cypresscare.com and use the pharmacy locator.

If you have any questions about the usage of this form or would like to discuss having your work-injury medications conveniently sent directly to your home, please call our toll-free customer service number: **1-800-419-7191** between the hours of 8:00am - 8:00pm EST.

Should you encounter any delays at the pharmacy for any reason, please have the pharmacy contact us immediately for assistance at **1-800-419-7191**.

To the Employer: Please be sure cards are filled out properly with Member Name and Member ID.

Sincerely,
Patient Care Coordinator

Please note: This form allows a cost maximum of \$250.00 per prescription and no more than a 7-day supply per prescription. Once your claim has been reviewed, you will be sent a new card in the mail.



Prescription Drug Card

Group Number: CASHEI

Member Id:

(Last four digits of SSN + DOI)
(Example: 9999050106)

Member Name:

(Patient First & Last Name)

BIN # 010876

Pharmacy Help Desk 1-800-419-7191

To verify eligibility or to locate a participating pharmacy call 1-800-419-7191. To locate a pharmacy you can also visit www.cypresscare.com.

**INSTRUCCIONES PARA LOS EMPLEADOS A LOS QUE NO SE LES PERMITE REGRESAR AL
TRABAJO**

1. Si a usted no le está permitido regresar al trabajo: **ESTÉ SEGURO DE REPORTAR TODAS LAS AUSENCIAS AL SISTEMA DE AUSENCIAS DE TISD POR MEDIO DEL TELÉFONO O DE LA RED INTERNET.** Si usted no llama al sistema, no recibirá pago por los días que ha estado ausente.
2. El programa de Compensación de Trabajadores (Workers' Compensation) tiene un período de espera de 7 días para empleados cuyos médicos no les permitan regresar al trabajo. El empleado tiene que usar días personales por enfermedad por los primeros 7 días. Si el empleado está ausente por más de 2 semanas, esos 7 días le serán reembolsados.
2. Si usted va a estar ausente por más de 7 días, por favor devuelva la planilla para elección de opciones adjunta a:

Tyler Independent School District
Sue Benson
P.O. Box 2035
Tyler TX 75710

PLANILLA PARA ELECCIÓN DE OPCIONES

ELECCIÓN DEL EMPLEADO CON RELACIÓN A LA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO DE AUSENCIA POR ENFERMEDAD RELACIONADO CON LOS BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES (WORKERS' COMPENSATION):

_____ **OPCIÓN 1:** Escojo usar proporcionalmente la compensación de trabajadores y el tiempo de ausencia por enfermedad hasta alcanzar el 100% de mi salario actual. Tomando esta opción, entiendo que mi ausencia por enfermedad será usada para pagar el periodo de espera de siete días y proporcionalmente de ahí en adelante.

_____ **OPCIÓN 2:** Escojo recibir pagos semanales de la compensación de trabajadores y solamente usar el tiempo de ausencia por enfermedad durante los 7 días de espera. Ningún otro tiempo de ausencia por enfermedad será usado después de los 7 días del periodo de espera.

_____ **OPCIÓN 3:** Escojo recibir solamente los pagos semanales de la compensación de trabajadores después de los 7 días de espera. Entiendo que estoy renunciando a mis derechos de usar el tiempo de ausencia por enfermedad durante los 7 días de espera así como también proporcionalmente después.

Firma del empleado

Fecha

Número de Seguro Social

Fecha de la lesión

El empleado tiene que llenar y devolver esta planilla dentro de los 7 días siguientes a la fecha de la lesión a:

Tyler Independent School District
Sue Benton
P.O. Box 2035
Tyler TX 75710

Aviso sobre los derechos y responsabilidades para los empleados lesionados en el Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas

En Texas, como empleado lesionado, usted tiene derecho a recibir ayuda gratis por parte de la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel - OIEC, según su nombre y siglas en inglés) La ayuda se ofrece en las oficinas locales en todo el estado. Las oficinas locales también ofrecen otros servicios del sistema de compensación para trabajadores del Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance – TDI, según su nombre y siglas en inglés). TDI es la agencia estatal que administra el sistema por medio de la División de Compensación para Trabajadores.

Para comunicarse con la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado llame gratis al 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432). Para más información, visite el sitio electrónico www.oiec.state.tx.us.

Para comunicarse con la División de Compensación para Trabajadores llame gratis al 1-800-252-7031. Para más información sobre la División de Compensación para Trabajadores, visite el sitio electrónico <http://www.tdi.state.tx.us/wc/indexwc.html>.

Sus derechos en el Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas:

1. Usted puede tener derecho a recibir beneficios.

Usted puede tener derecho a recibir beneficios sin importar quien tuvo la culpa de su lesión, con ciertas excepciones, tales como:

- Si se encontraba en estado de ebriedad en el momento que ocurrió la lesión.
- Si se lesionó usted mismo a propósito o cuando estaba tratando de lesionar a otro.
- Si su lesión fue causada por otra persona por razones personales.
- Si resultó lesionado por un acto de Dios.
- Si su lesión ocurrió por estar jugueteando, o
- Si su lesión ocurrió cuando usted voluntariamente participaba en una actividad de recreación, social o atlética fuera de su empleo.

2. Usted tiene derecho a recibir atención médica para tratar la lesión o enfermedad relacionada con su trabajo. No hay un marco de tiempo límite para recibir la atención médica, siempre y cuando sea médicamente necesaria y en conexión a la lesión relacionada con su trabajo.

3. Para escoger a un médico tratante:

- Si usted pertenece a una Red de Servicios Médicos de Compensación para Trabajadores – red - (Workers' Compensation Health Care Network, según su nombre en inglés) tiene que escoger a su médico de la lista de médicos tratantes en la red.
- Si no pertenece a una red, usted puede escoger a cualquier médico que esté dispuesto a tratar su lesión de compensación para trabajadores.
- Si usted es empleado de una subdivisión política (por ejemplo: una ciudad, condado, distrito escolar) tiene que hacer lo indicado por los reglamentos para escoger al médico que lo va a tratar.

Es importante que usted siga todos los reglamentos del sistema de compensación para trabajadores. Si no sigue estos reglamentos, usted podría ser responsable por el pago de las cuentas médicas.

4. **Usted tiene derecho a contratar a un abogado en cualquier momento para que lo ayude con su reclamo.**
5. **Usted tiene derecho a recibir información y ayuda gratis de la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado.**

El personal de OIEC está a su disposición para contestar sus preguntas y explicarle sus derechos y responsabilidades. Llame gratis al 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432) o visite la oficina local de la División de Compensación para Trabajadores/Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado.

6. **Usted tiene derecho a recibir ayuda por parte de un ombudsman si no cuenta con un abogado, en caso que se haya programado un procedimiento de resolución de disputas.**

Un ombudsman es un empleado de la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado. Los ombudsman están entrenados en las funciones de compensación para trabajadores y proveen ayuda gratis a los empleados lesionados que no cuentan con la representación de un abogado. Por lo menos, en cada oficina local se encuentra un ombudsman para ayudarlo con la conferencia para revisión de beneficios (benefit review conference – BRC, según su nombre y siglas en inglés), la audiencia para disputar beneficios (contested case hearing – CCH, según su nombre y siglas en inglés) y la apelación. Sin embargo, un ombudsman no puede firmar documentos en nombre suyo, hacer decisiones por usted o darle asesoramiento legal.

7. **Usted tiene derecho a que la información sobre su reclamo se mantenga confidencial.**

En la mayoría de los casos, el contenido del expediente de su reclamo no puede ser obtenido por otros. Algunos participantes del caso tienen derecho a saber lo que contiene el expediente de su reclamo, por ejemplo: su empleador o la compañía de seguros de su empleador. También, puede ser que un empleador que está considerando contratarlo pueda obtener información limitada sobre su reclamo de la División de Compensación para Trabajadores.

Sus responsabilidades en el Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas

1. **Usted tiene la responsabilidad de avisarle a su empleador si se ha lesionado en el curso y amplitud de su empleo.**

Usted debe informar a su empleador dentro de 30 días a partir de la fecha en que sucedió su lesión o a partir de la fecha en que supo que la lesión o enfermedad estaba relacionada con su trabajo.

2. **Usted tiene la responsabilidad de saber si pertenece a una Red de Servicios Médicos de Compensación para Trabajadores (red).**

Si no sabe si usted pertenece a una red, pregúntele al empleador para quien estaba trabajando en el momento que sufrió la lesión. Si pertenece a una red, usted tiene la responsabilidad de

seguir los reglamentos de dicha red. Su empleador debe darle una copia de los reglamentos de TDI para las redes. Lea los reglamentos cuidadosamente. Si hay algo que no entiende pregúntele a su empleador o llame a la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado. Si desea presentar una queja contra la red, llame a la Línea de Ayuda al Consumidor de TDI, al 1-800-252-3439 o presente su queja electrónicamente en <http://www.tdi.state.tx.us/consumer/complfrm.html#wc>

3. **Si usted estaba trabajando para una subdivisión política (por ejemplo: una ciudad, condado, distrito escolar) en el momento que sufrió la lesión, usted tiene la responsabilidad de informarse sobre como recibir tratamiento médico. Es requerido que su empleador le proporcione la información que necesita para que determine cual proveedor de servicios médicos puede darle el tratamiento para la lesión relacionada con su trabajo.**
4. **Usted tiene la responsabilidad de decirle a su médico como sufrió la lesión y si la lesión está relacionada con su trabajo.**
5. **Usted tiene la responsabilidad de llenar y enviar el formulario de reclamo (DWC-41) a la División de Compensación para Trabajadores. Usted cuenta con un año para enviar este formulario a partir de la fecha en que usted se lesionó o a partir de la fecha en supo que su enfermedad estaba relacionada con su trabajo.**

Llene y envíe el formulario DWC-41 aún si usted ya está recibiendo beneficios. Usted podría perder su derecho para recibir beneficios si no envía el formulario a la División de Compensación para Trabajadores. Para pedir una copia del formulario DWC-41 llame al 1-800-252-7031 o al 1-866-393-6432.

6. **Usted tiene la responsabilidad de proporcionar a la División de Compensación para Trabajadores y a la compañía de seguros su domicilio actual, número telefónico y los datos de su empleador.**
7. **Usted tiene la responsabilidad de avisarle a la División de Compensación para Trabajadores y a la compañía de seguros cada vez que tenga un cambio en el estado de su empleo o salario. Algunos ejemplos:**
 - si deja de trabajar debido a su lesión,
 - comienza a trabajar, o
 - le ofrecen un trabajo.



Lista para el Empleado Lesionado

La siguiente información lo ayudará a recobrar de la lesión, resumir sus actividades normales y volver al trabajo tan pronto como sea posible.

Usted y su Médico:

✓ Dele a su médico toda la información de compensación al trabajador (workers' compensation) que tenga, incluyendo a:

- Número de la reclamación del seguro.
 - Número de la reclamación de DWC.
 - Nombre y número de teléfono del evaluador del seguro.
 - Información sobre su trabajo regular u otras oportunidades de trabajo.
 - El nombre y el teléfono de su empleador.
- ✓ Vaya a todas sus citas con el médico.
- ✓ Siga las instrucciones del médico cuidadosamente.
- ✓ Pregúntele al médico si puede volver a trabajar aunque tenga que tener restricciones.
- ✓ Dele al médico una copia de la descripción de su trabajo para que éste sepa lo que su trabajo específico demanda.
- ✓ Hable con su médico para asegurarse de que ha entendido completamente lo que usted puede hacer o no mientras se recupera.
- ✓ Cumpla con todas las restricciones médicas impuestas por su médico, en el hogar y en el trabajo.

Usted y su Empleador:

- Asegúrese de que ha recibido y revisado sus Derechos y Responsabilidades.
- ✓ Siga todas las reglas y requisitos de la compañía asociados con lesiones que tengan que ver con la compensación del trabajador (workers' compensation).
- ✓ Esté seguro de mantener a su empleador informado y al día sobre su recuperación y sus habilidades del momento.
- ✓ Hable con su empleador sobre trabajo que pueda hacer mientras continúa recuperándose.
- ✓ Avísele inmediatamente a su empleador si su condición de trabajo cambia.

Regreso al Trabajo:

Continuar trabajando mientras se recupera hace que su recuperación progrese más rápidamente y efectivamente que si no hace ningún trabajo por un largo período de tiempo. Si continúa trabajando dentro de las restricciones médicas, puede tener una actitud mucho más productiva y mejor que lo puede ayudar a recuperarse más rápido.

- ✓ Comuníquese con su empleador para que pueda regresar a un trabajo productivo tan pronto como sea posible medicamente.
- ✓ Haga contacto con su evaluador cuando su condición de trabajo cambie para asegurarse que sean hechos los pagos de los beneficios apropiados.
- ✓ Ayude a su empleador a determinar que trabajo adicional puede hacer mientras su condición mejora.
- ✓ Si no hay trabajo dentro de sus restricciones que esté disponible inmediatamente, siga chequeando con su empleador. A medida que se recupere, la situación puede cambiar.
- ✓ Asegúrese que su empleador sabe cualquier queja o problema que tenga relacionado con su salud y las tareas asignadas.