ESTADO DE NUEVO MÉXICO
LA ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES
STATE OF NEW MEXICO
WORKERS' COMPENSATION ADMINISTRATION

_____, WCA No.:_____
Trabajador/a,

v.

_____, y
Empleador/a sin seguro

EL FONDO DE EMPLEADORES NO ASEGURADOS DE NUEVO MÉXICO,
Tercera Parte Estatutaria.

QUEJA DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES
WORKERS' COMPENSATION COMPLAINT

1. Tipo de lesión: Lesión accidental de trabajo / Enfermedad de ocupación
2. Nombre completo del/de la Trabajador/a:_____

   Dirección (calle): _____

   Dirección (ciudad/estado/código postal):_____

   Teléfono: _____

   Correo electrónico: _____

   Nivel más alto de escuela que el/la Trabajador/a completó: _____

   Fecha de nacimiento del/de la Trabajador/a: _____ Edad: _____ Sexo: ☐ M ☐ F

   Número de seguro social del/de la Trabajador/a: _____
3. Nombre completo del/de la Empleador/a: _____

   Dirección (calle): _____

   Dirección (ciudad/estado/código postal): _____

   Teléfono: _____

   Correo electrónico: _____
4. Compañía de seguro del/de la Empleador/a: el Fondo de Empleadores no Asegurados de Nuevo México

   Dirección (calle): 2410 Centre Avenue SE_____

   Dirección (ciudad/estado/código postal): Albuquerque, NM 87106_____

   Teléfono: 505-841-6000_____

   Correo electrónico: WCA-UEF@state.nm.us

5. Fecha del accidente: _____

   Ciudad y condado donde ocurrió el accidente:_____

   Cómo el accidente ocurrió: _____

   Tipo de lesión: _____

   Parte/s del cuerpo que fue/fueron lesionada/s: _____

   Primera fecha que el/la Trabajador/a no pudo trabajar: _____

6. El trabajo del Trabajador/a cuando se lesionó: _____

   El salario promedio semanal del/de la Trabajador/a: _____ ☐ Por determinar / en disputa

   Tasa de compensación semanal del/de la Trabajador: _____ ☐ Por determinar / en disputa

7. Nombre del/de la médico/a:_____

   Dirección (calle): _____

   Dirección (ciudad/estado/código postal):_____

   Teléfono: _____

8. Médico/a quien estableció la máxima recuperación medica: _____

   Fecha que el/la Trabajador/a logró la máxima recuperación medica: _____

   ☐ Desconocida / Por determinar

   Clasificación de impedimento: _____ Fecha que se estableció: _____

   ☐ Desconocida / Por determinar

   ¿El/La médico/a le ha indicado al/a la Trabajador/a que se puede regresar al trabajo? ☐ Sí ☐ No

   Si es que sí, provee la fecha que el/la médico/a le dio de alto: _____

   ¿Ha regresado el/la Trabajador/a a cualquier trabajo desde que se lesionó? ☐ Sí ☐ No

   Si es que sí, provee la fecha que el/la médico/a le permitió regresar a trabajar: _____

9. Nombre del/de la Empleador/a actual:_____

   Dirección (calle): _____

   Dirección (ciudad/estado/código postal): _____

10. Elegibilidad para Medicare:

    ¿Es el/la Trabajador/a un/a beneficiario/a actual de Medicare? ☐ Sí ☐ No

    ¿Ha aplicado el/la Trabajador/a para beneficios de incapacidad de la Administración de Seguro Social en los últimos 5 años? ☐ Sí ☐ No

    ¿Ha sido diagnosticado el/la Trabajador/a con enfermedad renal en etapa terminal? ☐ Sí ☐ No

    (*Vea* 42 U.S.C. § 426-1)

11. Beneficios o reparaciones que el/la Trabajador/a pide:

☐ Todos los beneficios a los que tengo derecho bajo la ley de compensación de trabajadores de Nuevo Mexico

☐ Incapacidad total temporal

☐ Incapacidad total permanente

☐ Incapacidad parcial permanente

☐ Beneficios por muerte

☐ Honorarios de abogado/a

☐ La desfiguración

☐ Aumento por equipo de seguridad (nombrar el equipo): _____

☐ Incapacidad mental: ☐ Primaria ☐ Secundaria

☐ Beneficios médicos (enumerar aquí, o adjuntar las facturas no pagadas): _____

☐ Una determinación de: ☐ Mala fe/Procesamiento injusto de reclamos
☐ Fraude ☐ Represalias

☐ Otro beneficio (elaborar):

12. Quejas del/de la Empleador/a:

☐ Una determinación de elegibilidad / beneficios

☐ Disminución por equipo de seguridad (nombrar el equipo): _____

☐ Derecho de reembolso

☐ Crédito para sobrepago

☐ Detención o disminución de beneficios (explicar sus motivos):

☐ Otro pedido (elaborar):

13. Explicar los datos y el razonamiento que respaldan su queja. (Sea especifica en su explicación. Use páginas adicionales si sea necesario.):

14. ¿Hace falta un/a intérprete para las audiencias de esta queja? ☐ Sí ☐ No

    Si es que sí, ¿cuál idioma? _____
    (El/la Empleador/a pagará los honorarios del/de la intérprete)

15. ¿Tiene usted el equipo necesario para asistir a la mediación y las audiencias a través de un enlace de video en línea o por teléfono? ☐ Sí ☐ No

16. Si es que no, la Administración de Compensación de los Trabajadores (WCA, por sus siglas en inglés) puede proveer el equipo. ¿Cuál es la oficina de WCA más cerca de usted?

    ☐ Albuquerque ☐ Farmington ☐ Hobbs ☐ Las Cruces ☐ Las Vegas ☐ Roswell ☐ Santa Fe

_____ _____

Firma de la parte que se presenta Fecha Firma del/de la abogado/a Fecha

_____ _____

Nombre impreso Nombre del/de la abogado/a en letra impresa

_____

Dirección (calle)

_____

Dirección (ciudad/estado/código postal)

_____

Teléfono

_____

Correo electrónico para recibir documentos del caso

INSTRUCCIONES DE USO:
Hay que presentar una citación para cada parte demandada junto con la queja.

Si el/la Trabajador/a presenta la queja por su propia parte, el/la Trabajador/a está obligado/a a completar y adjuntar una "Autorización del Trabajador para el Uso y Divulgación de Registros de Salud."

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Como ayuda para el proceso litigio, la WCA proporciona la traducción de esta queja de español a Ingles. Ninguna traducción de la WCA será interpretada como traducción oficial.

Para las partes que tengan preguntas: favor de llamar a la línea directa del Ombudsman al 505-841-6894 o 1-

STATE OF NEW MEXICO
WORKERS' COMPENSATION ADMINISTRATION

_____, WCA No.:_____
Worker,

v.

_____, and
Uninsured Employer,

STATE OF NEW MEXICO UNINSURED EMPLOYERS' FUND,
Statutory Third Party.

WORKERS' COMPENSATION COMPLAINT

1. Type of injury: Accidental Work Injury/Occupational Disease
2. Worker's full name: _____
   Mailing address: _____
   City/State/Zip: _____
   Telephone: _____
   E-mail address: _____
   Worker's highest level of school completed: _____
   Worker's date of birth: _____ Age: _____ Sex: ☐ M ☐ F
   Worker's Social Security Number: _____
3. Full name of Employer: _____
   Employer's address: _____
   City/State/Zip: _____
   Telephone: _____
   E-mail address: _____
4. Statutory Third Party: STATE OF NEW MEXICO UNINSURED EMPLOYERS' FUND_____
   Address: 2410 Centre Avenue SE_____
   City/State/Zip: Albuquerque, NM 87106_____
   Telephone: 505-841-6000_____
   E-mail address: WCA-UEF@state.nm.us
5. Date of accident: _____
   City and county of accident: _____
   How did the accident occur: _____
   Nature of injury: _____

Part(s) of body injured: _____

First date Worker was unable to perform job duties: _____

6. Worker's job at time of accident: _____

   Worker's average weekly wage: _____ ☐ To be determined/disputed

   Worker's Weekly compensation rate: _____ ☐ To be determined/disputed

7. Doctor's name: _____

   Mailing address: _____

   City/State/Zip: _____

   Telephone: _____

8. Doctor who set maximum medical improvement: _____

   Date of maximum medical improvement: _____ ☐ Unknown/To be determined

   Impairment rating: _____ Date assessed: _____ ☐ Unknown/To be determined

   Has Worker been released back to work by a doctor? ☐ Yes ☐ No

   If yes, please indicate date Worker was released to work: _____

   Has Worker returned to any work since the accident? ☐ Yes ☐ No

   If yes, please indicate date Worker returned to work: _____

9. Current Employer's name: _____

   Mailing address: _____

   City/State/Zip: _____

10. Medicare eligibility:

    Is Worker a current Medicare beneficiary? ☐ Yes ☐ No

    Has Worker applied for Social Security Disability benefits in the past 5 years? ☐ Yes ☐ No

    Has Worker been diagnosed with end stage renal disease? ☐ Yes ☐ No (See 42 U.S.C. § 426-1)

11. Benefits or relief sought by Worker:

    ☐ All benefits entitled to under the New Mexico Workers' Compensation Act

    ☐ Temporary total disability ☐ Death benefits

    ☐ Permanent total disability ☐ Attorney fees

    ☐ Permanent partial disability ☐ Disfigurement

    ☐ Safety device increase (name device):_____

    ☐ Mental impairment: ☐ Primary ☐ Secondary

    ☐ Medical benefits (list here or attach unpaid bills): _____

    ☐ Determination of: ☐ Bad Faith/Unfair Claims Processing ☐ Fraud or ☐ Retaliation

    ☐ Other (specify):

12. Complaints by Employer:

☐ Determination of compensability/benefits

☐ Safety device decrease (name device): _____

☐ Reimbursement right

☐ Credit for overpayment

☐ Suspension or reduction of benefits (state grounds):

☐ Other (specify):

13. State all reasons supporting this complaint (be specific; use additional pages, if necessary):

14. Is an interpreter needed for hearings on this complaint? ☐ Yes ☐ No

If yes, what language? _____

(Employer will pay for cost of interpreter)

15. Do you have the equipment needed to attend mediation and hearings via online video link or telephonically? ☐ Yes ☐ No

16. If not, the WCA will provide the equipment. Which office is closest to you?

☐ Albuquerque ☐ Farmington ☐ Hobbs ☐ Las Cruces ☐ Las Vegas ☐ Roswell ☐ Santa Fe

_____ _____

Filing party signature Date Attorney's signature Date

_____ _____

Print name Print name

_____

Filing party /attorney's address

_____

Filing party /attorney's city, state, zip

_____

Filing party /attorney's telephone

_____

Filing party / attorney's e-mail address for service

INSTRUCTIONS FOR USE: A Summons for each responding party shall be filed with the Complaint.

If the Worker is filing this Complaint, the Worker shall also complete and attach the Worker's Authorization for Use and Disclosure of Health Records.

DISCLAIMER: The WCA provides a Spanish to English translation of this Complaint as an aid to the litigation process. No WCA translation shall be construed as an official translation.

Parties with questions may call the Ombudsman Hotline at 505-841-6894 or 1-866-967-5667.

STATE OF NEW MEXICO
WORKERS' COMPENSATION ADMINISTRATION

_____, WCA No.:_____
Worker,

v.

_____, and
Uninsured Employer

STATE OF NEW MEXICO UNINSURED EMPLOYERS' FUND,
Statutory Third Party.

SUMMONS FOR WORKERS' COMPENSATION COMPLAINT

_____ STATE OF NEW MEXICO UNINSURED EMPLOYERS' FUND

_____ 2410 Centre Avenue SE_____

_____ Albuquerque, NM 87106_____

_____ WCA-UEF@state.nm.us

GREETINGS:
You are directed to serve a written response to the Workers' Compensation Complaint **not less than five (5) days prior to your mediation conference**, and file the same, as provided by law.

You are notified that, unless you serve and file a responsive pleading, the filing party may apply to the Workers' Compensation Administration for the relief demanded in the Workers' Compensation Complaint.

Worker or filing party's representative:

_____

Address of Worker or filing party's representative:

_____

_____

WITNESSED AND SEALED BY THE CLERK OF THE WCA

ADMINISTRACIÓN DE LA COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE NUEVO MÉXICO
AUTORIZACIÓN DEL TRABAJADOR PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE REGISTROS DE SALUD

Trabajador(a)/Paciente NOMBRE COMPLETO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: XXX-XX-_____

SOLAMENTE PARA REFERENCIA DE WCA: Fecha(s) de la(s) lesión(es): _____
Número de expediente del caso de WCA: _____

INSTRUCCIONES DE USO: De acuerdo con la Sección 52-10-1 NMSA 1978, un proveedor de atención médica de compensación de los trabajadores no requerirá una autorización médica firmada, de ninguna forma, para registros que estén directamente relacionados con cualquier lesión o discapacidad en el lugar de trabajo reclamada por un trabajador lesionado. Los costos para copiar registros están sujetos a las tarifas de servicios no-clínicos establecidas por la Administración y no excederán de $1.00 por página para las primeras diez (10) páginas o hasta veinte centavos ($0.20) por cada página después de eso. Se puede usar una copia de esta autorización como el original.

Este formulario es obligatorio al presentar una queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, póngase en contacto con un ombudsman (866) 967-5667.

DIVULGACIÓN DE REGISTROS DE ATENCIÓN MÉDICA

Yo, (Nombre de trabajador(a)) _____, por la presente autorizo al siguiente proveedor de atención médica (HCP, por sus siglas en inglés) o centro designado a divulgar mis registros de atención médica con el PROPÓSITO DE facilitar y evaluar mi Reclamo de Compensación de los Trabajadores que surge de las presuntas lesiones o enfermedades en el lugar de trabajo que ocurrieron en la(s) fecha(s) de la(s) lesión(es) anotada(s) anteriormente.

Proveedor o centro:		
Dirección:		
Número de teléfono.:		

Autorizo la divulgación de los siguientes registros (marque la casilla, según corresponda): ☐ **TODOS LOS REGISTROS** ☐ **FECHAS ESPECÍFICAS** proporcionar un rango de fechas para los registros autorizados a ser divulgados_____

DIVULGACIÓN DE REGISTROS ESPECÍFICOS DE ATENCIÓN MÉDICA

YO AUTORIZO ADEMÁS LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS QUE PUEDAN CONTENER INFORMACIÓN SOBRE LO SIGUIENTE: (marque las que puedan aplicarse).

☐ Tratamiento por abuso de alcohol y/o sustancias ☐ Enfermedades de transmisión sexual ☐ VIH o SIDA
☐ Salud mental o conductual, incluyendo psiquiátrica o psicológica ☐ Registros del Programa de Canabis Medicinal del Departamento de Salud

_____ _____
Firma de trabajador(a) / paciente / representante personal Fecha

PERSONA/ENTIDAD AUTORIZADA PARA RECIBIR REGISTROS

Yo autorizo que los registros se divulguen a mi empleador, el asegurador de mi empleador, mi abogado(a) o representante, el(la) abogado(a) o representante de mi empleador/asegurador y los proveedores de Examen Médico Independiente (IME, por sus siglas en inglés).
(Para ser completado por el(los) destinatario(s) autorizado(s)): Registros para ser ☐ Recogidos ☐ Enviados por correo ☐ Enviados por correo electrónico ☐ Enviados por fax ☐ Otro (especifique): _____

Destinatario(s) autorizado(s):		
Dirección:		
Número de teléfono:		
Fax/Correo electrónico:		

VENCIMIENTO y CONDICIONES

YO ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN ES VOLUNTARIA Y QUE PUEDO NEGARME A FIRMARLA Y TAL NEGACIÓN A FIRMAR PUEDE NO AFECTAR MI TRATAMIENTO O SERVICIOS, EXCEPTO SEGÚN LO PERMITIDO POR LA LEY. ESTA AUTORIZACIÓN SE LIMITA AL USO Y DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS Y NO SE RENUNCIA A NINGÚN PRIVILEGIO DEL MÉDICO PACIENTE SIN MI AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO POR SEPARADO. ESTA AUTORIZACIÓN SERÁ VÁLIDA POR DOS (2) AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE MI FIRMA. ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN DIVULGADA CONFORME CON ESTA AUTORIZACIÓN PUEDE SER REDIVULGADA POR EL(LOS) DESTINATARIO(S). PUEDO REVOCAR ESTA AUTORIZACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO NOTIFICANDO AL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA O AL CENTRO POR ESCRITO; UNA COPIA DE CUALQUIER REVOCACIÓN DEBE SER PROPORCIONADA AL(LOS) DESTINATARIO(S). A PETICIÓN MÍA, TENGO DERECHO A UNA COPIA DE LA AUTORIZACIÓN FIRMADA.

_____	_____
Firma de trabajador(a) / paciente	Fecha
_____	_____
Firma de representante personal (si hay alguno(a))	Fecha
_____	_____
Nombre impreso de representante personal	Relación con trabajador(a) / paciente

NEW MEXICO WORKERS' COMPENSATION ADMINISTRATION
WORKER'S AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF HEALTH RECORDS

Worker/Patient FULL NAME: _____ DOB: _____ SSN: XXX-XX-_____

FOR WCA REFERENCE ONLY: Date/s of Injury: _____ WCA Case File Number: _____

INSTRUCTIONS FOR USE: In accordance with Section 52-10-1 NMSA 1978, a workers' compensation health care provider shall not require a signed medical authorization, in any form, for records that are directly related to any workplace injuries or disabilities claimed by an injured worker. Costs for copying records are subject to non-clinical services fees set by the Administration, and shall not exceed $1.00 per page for the first ten (10) pages or up to twenty-cents ($0.20) for each page thereafter. A copy of this authorization may be used as an original.

Este formulario es obligatorio al presentar una queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, póngase en contacto con un ombudsman (866) 967-5667.

RELEASE OF HEALTH CARE RECORDS

I, (Worker's Name) _____, hereby authorize the following health care provider (HCP) or named facility to release my health care records for the **PURPOSE OF** facilitating and evaluating my Worker's Compensation Claim that arises from alleged workplace injuries or illnesses that occurred on the above date/s of injury.

Provider or Facility:		
Address:		
Telephone No.:		

I authorize the following records released (check box, as appropriate): ☐ **ALL RECORDS** ☐ **SPECIFIC DATES**

provide a date range for records authorized to be released _____

RELEASE OF SPECIFIC HEALTH RECORDS

I FURTHER AUTHORIZE THE RELEASE OF RECORDS THAT MAY CONTAIN INFORMATION ABOUT THE FOLLOWING: (check any that may apply).

☐ Treatment for alcohol and/or substance abuse ☐ Sexually transmitted diseases ☐ HIV or AIDS

☐ Behavioral or Mental Health, including Psychiatric or Psychological ☐ Records of the Department of Health Medical Cannabis Program

_____ _____

Signature of Worker/Patient/Personal Representative Date

PERSON/ENTITY AUTHORIZED TO RECEIVE RECORDS

I authorize records be released to my employer, my employer's insurer, my attorney or representative, my employer/insurer's attorney or representative, and IME providers.

(To be completed by authorized recipient/s): Records to be ☐ Picked Up ☐ Mailed ☐ Emailed ☐ Faxed ☐ Other (specify):

_____

Authorized Recipient/s:		
Address:		
Telephone No.:		
Fax/Email:		

EXPIRATION and CONDITIONS

I UNDERSTAND THAT THIS AUTHORIZATION IS VOLUNTARY AND THAT I MAY REFUSE TO SIGN IT AND SUCH A REFUSAL TO SIGN MAY NOT AFFECT MY TREATMENT OR SERVICES, EXCEPT AS PERMITTED BY LAW. THIS AUTHORIZATION IS LIMITED TO USE AND DISCLOSURE OF MEDICAL RECORDS AND DOES NOT WAIVE ANY PATIENT DOCTOR PRIVILEGE WITHOUT MY SEPARATE AUTHORIZATION AND CONSENT. THIS AUTHORIZATION IS TO BE VALID FOR TWO (2) YEARS FROM THE DATE OF MY SIGNATURE. I UNDERSTAND THAT INFORMATION DISCLOSED PURSUANT TO THIS AUTHORIZATION MAY BE REDISCLOSED BY THE RECIPIENT/S. I MAY REVOKE THIS AUTHORIZATION AT ANY TIME BY NOTIFYING THE HEALTH CARE PROVIDER OR FACILITY IN WRITING; A COPY OF ANY REVOCATION SHOULD BE PROVIDED TO THE RECIPIENT/S. UPON MY REQUEST, I AM ENTITLED TO A COPY OF THE SIGNED AUTHORIZATION.

_____ _____

Signature of Worker/Patient Date

_____ _____

Signature of Personal Representative (if any) Date

_____ _____

Printed Name of Personal Representative Relationship to Worker/Patient

Rev. 8/22
11.4.4.9 NMAC