

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@wca.nm.gov

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/a: _____ 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 Beneficios por muerte
- Incapacidad total permanente Honorarios de abogado/a
- Incapacidad parcial permanente 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 específica 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

Nombre impreso

Firma del/de la abogado/a Fecha

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 Inglés. 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@wca.nm.gov
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): _____

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@wca.nm.gov

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 Cannabis 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