

A. Información del trabajador				
Apellido		Nombre		Número de Seguro Social
Dirección (número, calle, apto., suite, unidad)				Teléfono
Ciudad/localidad		Provincia	Código postal	Teléfono alternativo/celulare
Cargo/ocupación (al momento de sufrir la lesión)		Fecha en la que comenzó a trabajar para este empleador (dd/mm/aa)	¿Durante cuánto tiempo ha venido usted realizando este trabajo para este empleador?	
Marque solo si ustedes es uno de los siguientes: ejecutivo    funcionario elegido    dueño    cónyuge o pariente del empleador				Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)
Sexo Masculino Feminino	Idioma de preferencia Inglés    Francés    Otro .....			¿Sería útil contar con la ayuda de un intérprete?    sí no
¿Es usted miembro de un sindicato?    sí no	¿Autoriza usted a su sindicato para que le represente en esta reclamación?    sí no	Si la respuesta es sí, ¿da usted su consentimiento para la divulgación de la información verbal sobre el estado de su expediente de reclamación al representante de su sindicato?		sí no
Indique el nombre y el local de su sindicato				

B. Información del empleador		
Nombre de la compañía/empleador		
Dirección		
Ciudad/localidad	Provincia	Código postal
Nombre de su supervisor inmediato		Teléfono de la compañía

C. Fechas y detalles del accidente/enfermedad			
1. Fecha y hora del accidente/reconocimiento de la enfermedad		2. ¿A quién informó usted sobre este accidente/enfermedad?	
<p style="text-align: right;">AM    PM</p> <hr/> Fecha y hora en que se informó al empleador		<p style="text-align: right;">Teléfono</p>	
<p style="text-align: right;">AM    PM</p>			
3. Área de la lesión (parte del cuerpo) - (marque todas las opciones que correspondan)			
Cabeza	Dientes	Parte sup. de la espalda	Derecho    Izquierdo
Rostro	Cuello	Zona lumbar	Hombro    Muñeca
Ojo(s)	Pecho (tórax)	Abdomen	Brazo    Mano
Oreja(s)		Pelvis	Codo    Dedo(s)
			Antebrazo
Otro: .....		Derecho    Izquierdo    Derecho    Izquierdo    Derecho    Izquierdo    Derecho    Izquierdo Es    Zurdo(a)    Diestro(a)	
4. ¿Ocurrió el accidente/enfermedad en la propiedad o lugar de trabajo del empleador?		Especifique dónde sucedió (piso del taller, almacén, instalaciones del cliente, zona de estacionamiento, etc.):	
sí    no			
5. ¿Sucedio fuera de la Provincia de Ontario?		Si la respuesta es sí, indique dónde	
sí    no			
6. ¿Ha sufrido lesiones en esta(s) área(s) de su cuerpo anteriormente?		7. ¿Tiene usted alguna reclamación conexas previa con el WSIB/WCB?	
sí    no		no    sí - en Ontario    sí - fuera de Ontario	

Contacte con [accessibility@wsib.on.ca](mailto:accessibility@wsib.on.ca) si necesita que esta información le sea enviada en un formato alternativo.

Apellido	Nombre	Número de Seguro Social
----------	--------	-------------------------

**C. Fechas y detalles del accidente/enfermedad (continuación)**

8. Si usted tuvo un tipo de accidente/enfermedad repentino, describa su lesión y qué la causó (por ej. se lesionó la parte inferior de la espalda mientras levantaba una caja de 50 libras, se torció el tobillo izquierdo cuando se resbaló en un piso húmedo, utilizó un nuevo limpiador e inmediatamente tuvo un sarpullido). Indique el tamaño, el peso y los nombres de cualquier objeto involucrado.

o

Si usted tuvo un tipo de lesión que apareció gradualmente, describa su lesión, el trabajo que usted realiza y lo que usted cree que causó su lesión/condición.

9. ¿Cuándo comenzó usted a tener problemas con esta lesión/condición?

10. Si usted no informó de esto a su empleador de inmediato, por favor indique el motivo.

11. Si hubo algún testigo de su accidente, o si usted mencionó su dolor o problemas a su supervisor o a cualquiera de sus compañeros de trabajo, sírvase indicar sus nombres y cargos.

	Nombre	Cargo
1		
2		

12. La Ley de la Seguridad laboral y el seguro contra los accidentes de trabajo requiere que su empleador le entregue a usted una copia del Informe del empleador sobre la lesión/enfermedad (Formulario 7).

¿Recibió usted una copia del Formulario 7?      sí      no

**La Ley de la Seguridad laboral y el seguro contra los accidentes de trabajo requiere que usted entregue a su empleador una copia de este informe (Informe del trabajador sobre la lesión/enfermedad - Formulario 6).**

**D. Información sobre atención médica - Proporcione a su profesional de la salud su número de reclamación del WSIB.**

1. ¿Recibió usted primeros auxilios o atención en el trabajo?      sí      no      Si la respuesta es sí, cuándo (dd/mm/aa) y quién los proporcionó (nombre):

2. ¿A dónde se dirigió usted para recibir atención médica, para su lesión, fuera del trabajo? (marque todo lo que corresponda)

	Centro/hospital (nombre y dirección)		Fecha de la visita (dd/mm/aa)
Sector de enfermería		Ambulancia	
Servicio de urgencias		Consultorio del profesional de la salud	
Hospitalizado(a)		Clínica	
	Fecha de la visita (dd/mm/aa)		

3. ¿Se le recetó algún medicamento/fármaco?      sí      no      4. ¿Se le derivó a usted a cualquier otro tratamiento o prueba?      sí      no

5. ¿Habló usted con su profesional de la salud acerca de volver a sus tareas habituales o modificadas?      sí      no      Si la respuesta es sí, ¿se le asignó algunas limitaciones?      sí      no

6. ¿Comunicó usted a su empleador que recibió un tratamiento médico?      sí      no      **Si la respuesta es no, sírvase comunicarlo a su empleador de inmediato.**

Si la respuesta es sí, cuándo (dd/mm/aa)      ¿Y a quién? (nombre y cargo):

Apellido	Nombre	Número de Seguro Social
----------	--------	-------------------------

**E. Tiempo perdido y Retorno al trabajo**

1. Después del día del accidente/enfermedad:

Regresé al trabajo a mis **tareas habituales** y **no** perdí tiempo ni remuneración.

Regresé a **tareas modificadas** y **no** perdí tiempo ni remuneración.

**Perdí tiempo o remuneración** (por ej. remuneración habitual, plus de trabajo por turnos, bonificaciones, primas, etc.).

Fecha en la que usted perdió tiempo o remuneración por primera vez (dd/mm/aa)

2. Si perdió tiempo, ¿ha regresado usted al trabajo? sí no

Si la respuesta es **sí**, fecha de su retorno al trabajo (dd/mm/aa)

Trabajo habitual  
Trabajo modificado

Si la respuesta es **no**, ¿Conversó usted con su empleador sobre su regreso al trabajo? sí no

¿Tiene su empleador trabajo modificado? sí no

**F. Ingresos (aquí no se incluyen las horas extras)**

1. Tasa de remuneración

\$ ..... por hora semana otro .....

2. Número usual de horas remuneradas:

\$ ..... por semana otro .....

3. Si usted perdió tiempo de trabajo después del día del accidente/enfermedad, ¿su empleador continuó pagándole? sí no

4. ¿Ha solicitado usted, o recibió, cualquier otra prestación (dinero) mientras se ausentó del trabajo (por ej. prestaciones del Seguro de Desempleo(EI, por sus siglas en inglés), prestaciones por enfermedad, servicios sociales, seguro, etc.)? sí no

5. En el momento del accidente/enfermedad, ¿trabajaba usted para más de un empleador? sí no

**G. Declaraciones y firma**

Al firmar a continuación, solicito prestaciones en virtud de Ley de la Seguridad laboral y el seguro contra los accidentes de trabajo de 1997, por una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Asimismo, autorizo a cualquier profesional de la salud que me atienda a que entregue a mi empleador, al Consejo de seguridad laboral y el seguro contra los accidentes de trabajo y a mí, información sobre mis capacidades funcionales en el "Formulario de capacidades funcionales para el plan de retorno pronto y seguro al trabajo" del WSIB.

**Proporcionar declaraciones falsas intencionalmente al Consejo de seguridad laboral y el seguro contra los accidentes de trabajo (Workplace Safety and Insurance Board) constituye un delito. Por la presente declaro que toda la información proporcionada en las páginas 1, 2 y 3 es verdadera.**

Firma (Si llena este formulario en línea, puede solo escribir su nombre)	Fecha (dd/mm/aa)
--	------------------

**Si usted es menor de 16 años, su padre, madre o tutor deberán autorizar la divulgación de la información relacionada con las capacidades funcionales.**

Firma	Relación	Fecha (dd/mm/aa)	Teléfono
-------	----------	------------------	----------

Su información personal será recopilada durante la reclamación en virtud de la *Ley de la Seguridad laboral y el seguro contra los accidentes de trabajo de 1997*. Su información personal será utilizada para administrar su(s) reclamación(es) y los programas del Consejo. La información médica y no médica se obtiene de los proveedores de atención médica, las agencias vocacionales, los proveedores de servicios en el mercado laboral, empleadores, testigos, la Agencia Canadiense de Ingresos (CRA, por sus siglas en inglés), y otros según sea necesario. Su Número de Seguro Social se utiliza para registrar las reclamaciones, identificar a los trabajadores y para emitir las declaraciones del impuesto a la renta, y se obtiene en virtud de la *Ley del Impuesto a la Renta*. Solo se podrá divulgar la información al empleador, consultores médicos externos, proveedores de servicios externos, investigadores, terceros para fines de recuperación de costos, y a otros según lo autorice la *Ley de la Seguridad laboral y el seguro contra los accidentes de trabajo* y la *Ley sobre el Acceso a la Información y la Protección de la Privacidad*. Su nombre y número de teléfono podrán ser divulgados a terceros que lleven a cabo encuestas de satisfacción y grupos de discusión. Se podrán grabar las llamadas entrantes y salientes para fines de aseguramiento de la calidad. Las preguntas sobre esta recopilación deberán ser dirigidas a la persona que toma las decisiones y que está a cargo de su expediente, o llamando al 1-800-387-0750.

**Podrá encontrar una DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD más detallada para trabajadores en wsib.ca o llamado a la línea gratuita 1-800-387-0750.**

Apellido	Nombre	Número de Seguro Social
----------	--------	-------------------------

**H. Información adicional**