

# Informe del médico tratante

**Departamento de Trabajo de EE. UU.**  
 Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores



1. Nombre del paciente (apellido, nombre, segundo nombre):	2. Nro. de archivo de la OWCP (si está disponible):	3. Fecha de tratamiento inicial:	4. Fecha de este examen:
5. ¿Cómo ocurrió la lesión del paciente?			
6. Hallazgos objetivos (incluya los hallazgos del examen físico y los resultados de las pruebas diagnósticas). Mencione también las condiciones preexistentes en las partes afectadas del cuerpo, de haberlas:			
7. Diagnóstico(s) médico(s): Tenga en cuenta que el "dolor" no es un diagnóstico compensable. Sin embargo, usted puede indicar que existe dolor en el recuadro 6, anterior, como síntoma de un diagnóstico o diagnósticos específicos.			8. Código(s) ICD:
9. ¿Opina usted que la(s) condición(es) encontradas fueron causadas o empeoradas de algún modo por la actividad laboral descrita en el recuadro 5? <b>Tenga en cuenta que no existe prorrateo conforme a la FECA. Se puede compensar todas las contribuciones de factores laborales.</b> Sin embargo, usted <u>debe</u> explicar cómo fue suficiente la actividad o el incidente laboral para causar o agravar las condiciones diagnosticadas para que su respuesta se acepte.			
10. Marque el estado de discapacidad actual del paciente con un círculo: <input type="checkbox"/> Totalmente discapacitado <input type="checkbox"/> Parcialmente discapacitado <input type="checkbox"/> No discapacitado			
<b>Si está totalmente discapacitado.</b>		Fecha en la que comenzó la discapacidad:	
		Fecha en la que se calcula que el empleado regresará a su trabajo completo o modificado:	
<b>De estar parcialmente discapacitado.</b>		Fecha en la que comenzó la discapacidad:	
Además, <u>complete el recuadro 11.</u>		Fecha en la que se calcula que el empleado regresará a sus actividades laborales completas:	
<b>Si no está discapacitado.</b> ¿Existió alguna discapacidad en el caso? De ser así, indique las fechas de discapacidad: Desde _____ to _____			
11. Si el paciente se encuentra parcialmente discapacitado, indique el alcance de las limitaciones físicas y el tipo de trabajo que puede hacer razonablemente con estas limitaciones. También puede completar el formulario OWCP-5c, evaluación de la capacidad laboral, que puede encontrar en <a href="https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/owcp/dfec/regs/compliance/owcp-5c.pdf">https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/owcp/dfec/regs/compliance/owcp-5c.pdf</a>			
12. Comentarios:			
<b>Firma</b>			
13. Certifico que las afirmaciones en respuesta a las preguntas hechas anteriormente son verdaderas, completas y correctas a mi leal saber y entender. Además, entiendo que cualquier afirmación falsa o engañosa o declaración falsa u ocultamiento de un hecho importante que se hace a sabiendas puede causar un procesamiento penal.			
Firma del médico tratante: _____			Fecha
<i>Si el proveedor tratante no es un médico (p. ej. enfermero, asistente de médico), se requiere una firma adicional de un médico)</i>			
Firma del médico: _____			Fecha
14. Nombre del médico:			15. Número de identificación fiscal
Dirección:	Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL:
		16. ¿Tiene alguna especialidad?	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			De ser así, indique cuál especialidad:

## INSTRUCCIONES AL MÉDICO PARA COMPLETAR EL FORMULARIO CA-20, INFORME DEL MÉDICO TRATANTE

- Recuadro 1 Ingrese el nombre completo del paciente
- Recuadro 2 Si no se indica automáticamente, ingrese el número de archivo completo de la OWCP que le proporcionó el paciente. Si no lo sabe, deje el espacio en blanco.
- Recuadro 3 Ingrese la primera fecha conocida en la que este paciente obtuvo tratamiento por la lesión de trabajo.
- Recuadro 4 Ingrese la fecha de este examen (es decir, el examen en el que se basan sus hallazgos en el formulario).
- Recuadro 5 Provea una explicación de cómo ocurrió la lesión o enfermedad del paciente. Sea lo más específico posible.
- Recuadro 6 Detalle los hallazgos objetivos del paciente en el examen físico en relación a la lesión de trabajo indicada en el recuadro 5. Incluya los resultados de todas las pruebas diagnósticas realizadas. Además, mencione toda lesión o condición preexistente en la(s) parte(s) del cuerpo afectada(s) por la lesión de trabajo.
- Recuadro 7 Provea diagnósticos específicos de cada condición médica conectada con la lesión de trabajo. Tenga en cuenta que el “dolor” no es un diagnóstico compensable conforme a la FECA.
- Recuadro 8 Provea los códigos ICD correspondientes para cada condición médica indicada en el recuadro 7.
- Recuadro 9 Indique si la lesión de trabajo mencionada en el recuadro 5 está causalmente conectada de algún modo con los diagnósticos en el recuadro 7. Su respuesta debe tener una explicación completa para ser aceptada por la OWCP. **Tenga en cuenta que no existe prorratio conforme a la FECA, y se compensan todas las contribuciones de factores laborales.** Entre los tipos de relaciones de causalidad conforme a la FECA están:
- Causalidad directa. Este tipo de relación ocurre cuando la lesión o factores del empleo causan la condición reclamada a través de una secuencia natural e ininterrumpida.
- Agravación. Este tipo de relación ocurre si una condición preexistente es agravada, ya sea temporaria o permanentemente, por la lesión o factores del empleo. Si usted cree que la lesión de trabajo agravó una condición preexistente, indique si tal agravación es temporaria o permanente, y de ser temporaria, cuándo calcula que la agravación cesará o terminará.
- Aceleración. Una lesión o enfermedad relacionada con el empleo puede acelerar el desarrollo de una condición subyacente, y se dice que ocurre una aceleración cuando el curso normal de la enfermedad no explica la velocidad a la que se desarrolla la condición.
- Precipitación. Una condición latente que no se hubiera manifestado de no ser por el empleo fue precipitada por la lesión o los factores del empleo.
- También puede incluir cualquier condición emergente resultante de la lesión o enfermedad de trabajo inicial. Conforme a la FECA, una lesión emergente, ya sea una agravación de la lesión original o una lesión nueva y distinta, se compensa si es resultado directo y natural de una lesión primaria compensable.
- Recuadro 10 Indique el estado de discapacidad actual del paciente:
- Totalmente discapacitado: El reclamante no puede trabajar ningún tipo de trabajo. Provea la fecha en la que comenzó la discapacidad y la fecha aproximada de regreso al trabajo normal o modificado.
- Parcialmente discapacitado: el reclamante es incapaz de cumplir los deberes del trabajo que tenía cuando se lesionó, pero puede hacer algunos trabajos. Provea la fecha en la que comenzó la discapacidad y la fecha aproximada de regreso al trabajo normal.
- No discapacitado: El reclamante puede hacer las tareas del trabajo que tenía cuando se lesionó. Indique todas las fechas de discapacidad anteriores.
- Recuadro 11 Si indicó que el paciente se encontraba parcialmente discapacitado en el recuadro 10, indique el alcance de las limitaciones físicas y el tipo de trabajo que puede hacer razonablemente con estas limitaciones. Se provee un enlace al formulario OWCP-5c, evaluación de la capacidad de trabajo, para condiciones ortopédicas si prefiere proporcionar información sobre la capacidad de trabajo separadamente. El sitio web de la OWCP en <https://www.dol.gov/agencies/owcp/FECA/regs/compliance/forms> también tiene formularios de evaluación de la capacidad de trabajo para condiciones psiquiátricas (OWCP-5a) y cardíacas (OWCP-5b) de ser necesario.
- Recuadro 12 Si tiene algún comentario adicional sobre la lesión de trabajo del paciente, escríbalo aquí. De no ser así, deje el espacio en blanco.

Recuadro 13 Firme y feche el formulario. Si usted no es médico, el formulario debe ser confirmado y fechado también por un médico. Conforme a la FECA, un médico calificado debe presentar la evidencia médica. Los enfermeros practicantes y los asistentes de médico no se consideran médicos calificados conforme a la FECA, a menos que el informe médico esté refrendado por un médico. Los psicólogos clínicos que actúan dentro del alcance de su profesión se consideran “médicos”. Además, conforme a la FECA, un quiropráctico solo se considera “médico” si existe una subluxación espinal diagnosticada demostrada mediante una radiografía.

Recuadros 14-17 Provea el nombre, la dirección y el número de identificación fiscal del médico que firma el formulario. Si el médico está certificado por el consejo médico en una especialidad específica, indíquelo y provea la especialidad específica en el recuadro 17.

Envíe el formulario completado y la factura a:

**Office of Workers' Compensation Programs  
Division of Federal Employees', Longshore and Harbor Workers' Compensation  
Federal Employees' Compensation Act (OWCP/DFELHWC-FECA)  
PO Box 8311  
London, KY 40742-8311**

NOTA: Para expeditar el procesamiento del reclamo del paciente, puede subir este formulario de forma concurrente y directamente a su archivo de caso usando el Portal de Operaciones y Administración de Compensación para Empleados (ECOMP). Puede acceder al ECOMP desde cualquier navegador de internet en:

<https://www.ecomp.dol.gov/>

Cuando ingrese al sitio web, seleccione la opción de “Subir documento” (Upload document). Se le pedirá que provea el número de caso, apellido, fecha de nacimiento y fecha de lesión del paciente para subir un documento. Luego, ECOMP le proveerá un número de seguimiento para que usted pueda verificar la fecha en la que la OWCP recibió el CA-20. Para obtener información más detallada sobre esta capacidad de presentar documentos, visite el sitio web de ECOMP y haga clic en “Ayuda” (Help).

Notas importantes:

OWCP requiere un informe médico antes de pagar compensación por pérdida salarial o discapacidad permanente al empleado.

Esta información se requiere para obtener o retener un beneficio (artículos 8101 y siguientes del Título 5 del Código de EE. UU.).

La OWCP exige que las facturas médicas, aparte de las facturas de hospital, se presenten usando el formulario de reclamo de seguro de la Asociación Médica Estadounidense, HCFA 1500/OWCP-1500.

Aviso:

#### **Solicitudes de adaptaciones o asistencias y servicios auxiliares**

Si usted tiene una discapacidad, la ley federal le otorga el derecho de recibir asistencia de la OWCP a través de asistencias de comunicación, adaptaciones y/o modificaciones para ayudarle en el proceso de reclamo. Por ejemplo, le daremos copias de documentos en formatos alternativos, servicios de comunicación como interpretación en lengua de signos u otros tipos de ajustes o cambios para adaptarnos a su discapacidad. Comuníquese con el examinador de reclamos de la OWCP para preguntar sobre esta asistencia.

### **Declaración de la Ley de Privacidad**

De acuerdo con la Ley de Privacidad de 1974, según la enmienda (Título 5 del Código de EE. UU., artículo 552a), por la presente se le notifica que: (1) La Ley de Compensación para Trabajadores (FECA), según ha sido modificada y extendida (artículos 8101 y siguientes del Título 5 del Código de EE. UU.) es administrada por la Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores del Departamento de Trabajo de EE. UU., que recibe y mantiene información personal de los reclamantes y sus familiares inmediatos. (2) La información que tiene la oficina se usará para determinar la elegibilidad para los beneficios y los montos a pagar conforme a la FECA y puede verificarse mediante búsquedas informáticas u otros medios apropiados. (3) Es posible que la información se le provea a la agencia federal que empleaba al reclamante en el momento de la lesión para verificar las afirmaciones hechas, responder preguntas sobre el estado del reclamo, verificar la facturación y considerar asuntos relacionados con la retención, recontractación y otros asuntos relevantes. (4) Es posible que también se provea información a otras agencias federales, entidades del gobierno, y agencias del sector privado y/o empleadores como parte de programas y servicios de rehabilitación o regreso al trabajo. (5) Es posible que se divulgue información a médicos y a otros proveedores de atención médica para su uso en el tratamiento o la rehabilitación médica / vocacional, hacer evaluaciones para la oficina o para otros propósitos relacionados con la administración médica del reclamo. (6) Se le podrá dar información a agencias federales, estatales y locales para propósitos de imposición de la ley, para obtener información relevante a una decisión conforme a la FECA, para determinar si los beneficios se están pagando apropiadamente, incluyendo si se están haciendo pagos duplicados prohibidos, y, cuando sea apropiado, para hacer actividades de compensación salarial / administrativa y cobro de deudas requeridas o permitidas por la FECA y/o la Ley de Cobro de Deudas. (7) Es obligatorio divulgar el número de seguro social (SSN) o número de identificación fiscal (TIN) del reclamante en este formulario. El SSN y/o TIN, y otra información mantenida por la oficina, se puede usar para fines de identificación, para apoyar la labor de cobro de deudas realizada por el gobierno federal y para otros fines requeridos o autorizados por la ley. (8) Si no se divulga toda la información solicitada, esto puede atrasar el procesamiento del reclamo o el pago de beneficios y puede causar una decisión desfavorable o beneficios de nivel reducido.

### **Declaración de carga pública**

De conformidad con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a esta recopilación de información a menos que incluya un número de control válido de la OMB. Se estima que la carga de información pública para esta recopilación de información es de un promedio de 5 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. La obligación de responder a esta recopilación es necesaria para obtener o retener un beneficio de conformidad con los artículos 8101 y siguientes del Título 5 del Código de EE. UU. Puede enviar comentarios sobre el estimado de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluso sugerencias para reducir esta carga, a: U.S. Department of Labor, Office of Workers' Compensation Programs, Room S-3229, 200 Constitution Avenue, NW, Washington DC 20210, y mencionar el número de control de la OMB 1240-0046. Nota: No envíe el formulario completado a esta oficina.