



Nombre del trabajador lesionado (Nombre, segundo nombre, apellido)

Nro. de la OWCP

Nro. de la OMB: 1240-0046

Fecha de vencimiento: 08/31/2026

Responda las preguntas a continuación sobre su paciente (mencionado arriba) para el cual la oficina de Programas de Compensación para Trabajadores (OWCP) ha aceptado las siguientes condiciones:

1a. ¿El empleado puede hacer su trabajo habitual sin restricciones? Sí No De no ser así, ¿es la **prevención** (de lesiones futuras posibles) la **única razón** de las limitaciones de trabajo? Sí No **Si la prevención no es la única razón**, explique su razón médica para respaldar su opinión en un informe médico.

Muchos empleadores se pueden adaptar fácilmente a las restricciones, incluso asignando al trabajador lesionado a un lugar de trabajo alternativo.

b. Si no puede hacer su trabajo habitual, ¿el empleado puede trabajar 8 horas por día de trabajo con restricciones físicas?

c. Si es menos de 8 horas por día de trabajo, ¿cuántas horas puede trabajar?

d. ¿Opina usted que habrá un aumento en la cantidad de horas que esta persona podrá trabajar? Sí No

De ser así, ¿cuándo podrá esta persona llegar a trabajar 8 horas por días de trabajo?

De no ser así, provea las razones médicas que respaldan su opinión en un informe médico:

2. ¿La lesión o condición laboral ha causado cambios **ANATÓMICOS** y/o **FUNCIONALES** en el sistema cardiovascular o respiratorio que descartan la exposición a:

- | | | | |
|--------------------------|---|-------------------------------|---|
| a. Temperaturas extremas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | c. Gases/humo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| b. Partículas aéreas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | d. Radiación electromagnética | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

3a. Repase la Guía para médicos incluida en las páginas 2 y 3 de este formulario. Basándose en los parámetros provistos, indique si esta persona puede trabajar en cualquiera de los niveles de fuerza siguientes:

- | | | | | |
|---|--|---|--|---|
| Sedentario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Mediano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pesado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Liviano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Muy pesado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|---|--|---|--|---|

3b. De no ser así, indique si esta persona tiene alguna **LIMITACIÓN** en la actividad indicada y cuántas horas puede hacer cada actividad esta persona. Si existen limitaciones para levantar peso, jalar y/o empujar, provea la cantidad máxima de libras que puede manejar esta persona.

Actividad	Limitación	Cantidad de horas Capaz de trabajar	Actividad	Limitación	Cantidad de horas Capaz de trabajar	Libras
Estar sentado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	Movimientos repetitivos:			
Caminar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	Muñecas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	
Estar de pie	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	Codo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	
Estirarse	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	Empujar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estirarse hacia arriba			Jalar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hombro	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	Levantar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torcerse	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	Estar en cuclillas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agacharse / inclinarse	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	Estar de rodillas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operar un vehículo motorizado en el trabajo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	Trepar / subir	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duración <input type="checkbox"/>		Frecuencia <input type="checkbox"/>	Descansos: Duración <input type="checkbox"/>		Frecuencia <input type="checkbox"/>	
Operar un vehículo motorizado hacia o desde el trabajo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>				

4. ¿La persona toma **MEDICAMENTOS** que afectan su capacidad de trabajar? Explique.

5. Si existen **OTROS** factores médicos, consideraciones específicas (p. ej., alto volumen de trabajo, prioridades cambiantes), equipo o dispositivos que se necesitan considerar para identificar un puesto para esta persona, explíquelo en un informe narrativo.

6. Nombre del médico (A máquina o en letra de molde)

7. Numero de teléfono (incluso el código de área)

8. Firma

9. Fecha

Definiciones de exigencia física para la OWCP

La OWCP ha adoptado las siguientes definiciones de nivel de fuerza para indicar la ausencia o presencia y la frecuencia de los componentes de exigencia física solicitados en los formularios OWCP-5b y OWCP-5c.

1. NIVEL DE FUERZA

Trabajo sedentario

El trabajo sedentario requiere generar hasta 10 libras de fuerza de vez en cuando o una cantidad de fuerza insignificante frecuentemente para levantar, transportar, empujar, jalar o mover de otro modo objetos, incluso el cuerpo humano. El trabajo sedentario requiere estar sentado la mayor parte del tiempo, pero puede requerir caminar o estar de pie por períodos de tiempo breves. Los empleos se definen como sedentarios cuando solo se requiere caminar o estar de pie de vez en cuando y se cumplen todos los demás criterios del sedentarismo.

Trabajo liviano

El trabajo liviano requiere generar hasta 20 libras de fuerza de vez en cuando o hasta 10 libras de fuerza frecuentemente, o una cantidad insignificante de fuerza constantemente para mover objetos. Los requisitos de exigencia física son superiores a los del trabajo sedentario. Aunque el peso levantado solo sea insignificante, un empleo u ocupación se considera trabajo liviano cuando requiere: (1) caminar o estar de pie en una medida significativa; (2) estar sentado la mayor parte del tiempo mientras se empujan o jalan controles con los brazos o las piernas; o (3) trabajar a una velocidad de producción mientras se empujan o jalan materiales constantemente, aunque el peso de estos materiales sea insignificante (el estrés y esfuerzo constantes de mantener una velocidad de producción, en especial en un entorno industrial, puede ser físicamente exigente para un trabajador, aunque la cantidad de fuerza generada sea insignificante).

Trabajo mediano

El trabajo mediano requiere generar entre 20 y 50 libras de fuerza de vez en cuando o entre 10 y 25 libras de fuerza frecuentemente o una cantidad mayor que insignificante y de hasta 10 libras constantemente para mover objetos. Los requisitos de exigencia física son superiores a los del trabajo liviano.

Trabajo pesado

El trabajo pesado requiere generar entre 50 y 100 libras de fuerza de vez en cuando o entre 25 y 50 libras de fuerza frecuentemente, o entre 10 y 20 libras de fuerza constantemente para mover objetos. Los requisitos de exigencia física son superiores a los del trabajo mediano.

Trabajo muy pesado

El trabajo muy pesado requiere generar más de 100 libras de fuerza de vez en cuando o más de 50 libras de fuerza frecuentemente o más de 20 libras de fuerza constantemente para mover objetos. Los requisitos de exigencia física son superiores a los del trabajo pesado.

LÍMITES DE PESO LEVANTADO / TRASLADADO / EMPUJADO / JALADO

<u>Clasificación</u>	<u>Ocasionalmente</u>	<u>Frecuentemente</u>	<u>Constantemente</u>
Sedentario	* - 10	*	N/A
Liviano	* - 20	* - 10	*
Mediano	20 - 50	10 - 25	* - 10
Pesado	50 - 100	25 - 50	10 - 20
Muy pesado	100 +	50 +	20 +

* = peso insignificante; N/A = No es aplicable

El rango excluye la cantidad más baja e incluye la cantidad más alta, es decir, el rango de 10 - 25 excluye el de 10 (comienza en 10 +) e incluye 25.

Definiciones de exigencia física para la OWCP (continuación)

PRESENCIA Y/O FRECUENCIA DE OTRAS EXIGENCIAS FÍSICAS

Los siguientes códigos y definiciones indican la ausencia o presencia y la frecuencia de otros componentes de exigencia física solicitados en OWCP-5b y OWCP-5c.

Código	Frecuencia	Definición	Cant. máx. de horas / 8 horas por día
N	No existe	La actividad / condición no existe.	0
O	Ocasionalmente	La actividad / condición existe hasta una tercera parte del tiempo.	2 hrs. 40 min.
F	Frecuentemente	La actividad / condición existe entre una tercera a dos terceras partes del tiempo.	5 hrs. 20 min.
C	Constantemente	La actividad / condición existe las dos terceras partes del tiempo o más.	8

2. ESTIRARSE

Flexión hacia adelante y/o abducción de la(s) mano(s) y el/los brazo(s), en general con un rango de movimiento de entre 0° - 90° a la altura del hombro; o una extensión con un rango de movimiento de entre 0° - 50° a la altura del hombro.

3. ESTIRARSE POR ENCIMA DEL HOMBRO

Flexión hacia adelante y/o abducción de la(s) mano(s) y el/los brazo(s), en general de más de 90° a la altura del hombro.

4. TORCERSE

Girar, torcer, contorsionar o flexionar el torso en cualquier dirección hacia la derecha o la izquierda.

5. AGACHARSE / INCLINARSE

Doblar el cuerpo hacia abajo y hacia adelante doblando la columna a la altura de la cintura, lo cual requiere el uso completo de los músculos de las extremidades inferiores y la espalda.

6. OPERAR UN VEHÍCULO MOTORIZADO EN EL TRABAJO

Conducir cualquier tipo de vehículo mientras se cumplen los deberes laborales.

7. MOVIMIENTOS REPETITIVOS CON LOS CODOS (MANEJO)

Tomar, sostener, agarrar, girar o trabajar de otro modo con la(s) mano(s) usando el brazo entero.

8. MOVIMIENTOS REPETITIVOS CON LAS MUÑECAS (USO DE DEDOS)

Levantar, pellizcar o trabajar de otro modo principalmente con los dedos y las muñecas en lugar del brazo entero, como se hace en el manejo.

9. ESTAR EN CUCLILLAS (AGACHARSE)

Inclinar el cuerpo hacia abajo y adelante doblando las piernas y la columna.

10. ESTAR DE RODILLAS

Doblar las piernas a la altura de las rodillas para apoyarse sobre una o ambas rodillas.

11. TREPAR / SUBIR

Subir o bajar escaleras de peldaños, escaleras, andamios, rampas, postes y cosas semejantes usando los pies y las piernas o las manos y los brazos. Se enfatiza la agilidad del cuerpo.

Declaración de la Ley de Privacidad

La Ley de Privacidad de 1974, según ha sido enmendada (artículo 552a del Título 5 del Código de EE. UU.) y la Ley de Compensación de Empleados Federales, según ha sido enmendada y extendida (artículos 8101 y siguientes del Título 5 del Código de EE. UU.), autoriza la recopilación de esta información. El propósito de este formulario es obtener la limitación de tolerancia laboral específica del reclamante cuando la condición aceptada es de naturaleza cardiovascular o pulmonar. Completar este formulario es voluntario (artículos 8101 y siguientes del Título 5 del Código de EE. UU.). Sin embargo, no proporcionar la información puede atrasar el procesamiento del reclamo o el pago de beneficios, o puede causar una decisión desfavorable o niveles de beneficios reducidos. Es posible que esta información se divulgue además a: terceros en litigios legales; agencias empleadores, diversos individuos y organizaciones que proveen servicios de rehabilitación médica u otros servicios relacionados; planes de seguro que posiblemente hayan pagado facturas relacionadas; sindicatos; diversos funcionarios de ejecución de la ley; otras agencias federales, estatales y locales (incluso la GAO y el IRS) según corresponda; contratistas que procesan datos para el Departamento de Trabajo; agencias que cobran deudas y oficinas de informes crediticios.

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 aproximadamente 15 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. Debe responder a esta recopilación 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 la información solicitada a la dirección indicada arriba. En su lugar, envíela a la dirección que aparece en el membrete.

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 brindaremos 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 nuestra oficina o con su examinador de reclamos de la OWCP para preguntar sobre esta asistencia.