

**IF IT IS A LIFE THREATENING EMERGENCY CALL 911 RIGHT AWAY.**

**If an non-emergency injury, accident, or incident occurs:**

- First, determine if the employee needs medical treatment and perform any necessary first aid.
- Next, call the office on our injury reporting line at (951) 396-2055. A 20/20 representative will assist you.
  - Based on the information provided, Human Resources will then determine whether to dispatch Onsite Health & Safety for First Aid or locate the closest Industrial Clinic to the jobsite. The Supervisor must arrange or ensure that the injured employee has transportation back to his/her vehicle or to his/her home if the employee is unable to drive after being treated.
- Complete all required paperwork (Supervisor and Employee report of injury) the same day and fax to (951)688-2025 or email [accidents@2020ph.com](mailto:accidents@2020ph.com)
- If the employee reports an injury and declines medical treatment, you must have the employee sign the **Medical Treatment Waiver** and complete all other forms the same day.

**Employees shall report all injuries to their Supervisor immediately.** If an employee does not report his/her injury immediately, it is the Supervisor's responsibility to counsel the employee regarding company procedures.

**Reporting Requirements:**

All required paperwork **must be returned to the office within 24 hours** of any injury, accident, or incident.

1. **Medical Treatment Waiver**- Must be completed if employee **declines** medical treatment.
  - ❖ **Medical Treatment Waiver must include a description of the injury, sign and date. Inform employee if he/she is not feeling better, to contact their immediate supervisor and/or HR prior to seeking medical assistance from primary doctor.**
2. **Employee Statements** – employee must complete for ALL injuries, even if employee declines medical treatment.
  - ❖ If the injury is not severe, employee must immediately complete an Employee Statement and onsite will be dispatched to your location or you will be instructed to the nearest clinic.
  - ❖ If the employee goes to the clinic or hospital first, employee must complete an Employee Statement immediately following medical treatment.
  - a. **Witness Statement**- the Supervisor must have all witnesses complete a Witness Statement.
  - b. **MPN Notification** – Employee must be provided with information regarding Medical Provider Network and sign the Acknowledgement form for our records.
  - c. **DWC1** – Employee must fill out **Sections 1 – 9** of the DWC1. **Ensure all fields are completed and document is signed on section 9**
3. When filling out forms, **specific details** are very important. The insurance carrier needs as much detailed information as possible to properly process the claim.

**Things to consider when filling out the forms:**

1. For “location” be sure to **write your Jobsite Number, Name and Address**. As well as the **Building Number** or **Apartment Number**, and the general area where the injury took place.
  - Example: Job # 123456, City Lights, 123 Main Street, Santa Ana, Ca Building #12, Third floor, North-East corner apartment, master bath.
2. Under “What caused you to have the injury” indicate what actually **caused** the accident, examples:
  - Standing on top step of ladder.
  - Trash on floor caused employee to slip and fall. (Note who is responsible: Framer's trash).
  - Employee not using safety equipment.
3. Under “How to prevent recurrence” clearly state what can be done to prevent the accident from happening again, examples:
  - Remedial training or retrain employee in proper use of ladders.
  - Replace or repair broken equipment.
  - Remedial training or retrain employee in the proper use of equipment.

**SI ES UNA EMERGENCIA DE PELIGRO DE VIDA LLAME AL 911 DE INMEDIATO.****Si ocurre una lesión, accidente o incidente que no es emergencia:**

- En primer lugar, determine si el empleado necesita tratamiento médico y realice los primeros auxilios necesarios.
- Luego, llame a la oficina a nuestra línea telefónica de notificación de lesiones. al (951) 396-2055. Un representante de 20/20 le atenderá.
  - Basado en la información proporcionada, Recursos Humanos determinará si enviar "Onsite Health & Safety" para Primeros Auxilios o localizar la Clínica Industrial más cercana al sitio de trabajo. El Supervisor debe organizar o asegurarse de que el empleado lesionado tenga transporte de regreso a su vehículo o a su casa si el empleado no puede conducir después de recibir tratamiento médico.
- Complete todos los documentos requeridos (Informe de lesiones del Supervisor y Empleado) el mismo día y envíe un fax al (951)688-2025 o envíe un correo electrónico [accidents@2020ph.com](mailto:accidents@2020ph.com)
- Si el empleado reporta una lesión y rechaza el tratamiento médico, usted debe hacer que el empleado firme la **Exención de Tratamiento Médico** y complete todos los demás formularios el mismo día.

**Los empleados deberán reportar todas las lesiones a su Supervisor inmediatamente.** Si un empleado no reporta su lesión inmediatamente, es responsabilidad del Supervisor asesorar al empleado con respecto a los procedimientos de la empresa.

**Requerimientos para Reportar:**

Todos los documentos requeridos **deben ser devueltos a la oficina dentro de las 24 horas** de cualquier lesión, accidente o incidente.

1. **Exención de Tratamiento Médico-** Debe ser completado si el empleado **rechaza** el tratamiento médico.
  - ❖ **La Exención de Tratamiento Médico debe incluir una descripción de la lesión, signo y fecha. Informe al empleado si no se siente mejor, póngase en contacto con su supervisor inmediato y/o RRHH antes de buscar asistencia médica del médico de cabecera.**
2. **Declaraciones de empleados:** el empleado debe completar todas las lesiones, incluso si el empleado rechaza el tratamiento médico.
  - ❖ Si la lesión no es grave, el empleado debe completar inmediatamente una Declaración del Empleado y Onsite será enviado a su ubicación o se le indicará a la clínica más cercana.
  - ❖ Si el empleado va primero a la clínica u hospital, el empleado debe completar una Declaración del Empleado inmediatamente después del tratamiento médico.
    - a. **Declaración del testigo-** El Supervisor debe hacer que todos los testigos completen una Declaración de Testigo.
    - b. **Notificación MPN** – El empleado debe recibir información sobre la Red de Proveedores Médicos y firmar el formulario de Confirmación para nuestros registros.  
DWC1 – El empleado debe llenar las Secciones 1 – 9 del DWC1. Asegúrese de que todos los campos están completados y el documento está firmado en la sección 9
3. Al rellenar formularios, **los detalles específicos** son muy importantes. La compañía de seguros necesita tanta información detallada como sea posible para procesar adecuadamente la reclamación.

**Cosas a tener en cuenta al rellenar los formularios:**

1. Para "ubicación", asegúrese de escribir **su número, nombre y dirección del sitio de trabajo**. Así como el número de edificio o número de apartamento, y el área general donde se llevó a cabo la lesión.
  - Ejemplo: Job # 123456, City Lights, 123 Main Street, Santa Ana, Ca Building #12, Third floor, North-East corner apartment, master bath
2. En "Lo que causó que usted tuviera la lesión" indique lo que realmente causó el accidente, ejemplos:
  - Parado en la parte de arriba de la escalera
  - Residuos en el piso causó que el empleado se resbale y caiga. (Tenga en cuenta quién es responsable: La basura de Framer).
  - Empleado no estaba usando su equipo de protección
3. En "Cómo evitar la recurrencia" indique claramente lo que se puede hacer para evitar que el accidente vuelva a ocurrir, ejemplos:
  - Capacitación correctiva o reentrenamiento de empleados en el uso adecuado de escaleras.
  - Reemplazar o reparar equipos rotos.
  - Capacitación correctiva o reentrenamiento de los empleados en el uso adecuado del equipo.

# Incident Investigation Report Form

**Instructions:** Obtain statements from the injured employee and any witnesses to include what happened, what caused the incident and what were the contributing factors to the incident. To do this, reconstruct the sequence of events that led to the injury. Attach additional sheets if necessary. Provide copies of the completed form and all *Incident Statement Forms* to: **Human Resources and Safety Representative**

## Injured Employee Data

Employee Name		Working Title		Personnel Number
Date of Incident	Time of Incident <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	Date Reported:	Foreman Name:	
Work Organization/Location ( <b>Job# where injury occurred</b> )				
Superintendent:		Superintendent Telephone Number	Superintendent Email	

## Incident Description:

1. Where did the incident happen and who was involved? Provide a full description of the surroundings of the location and the individuals involved.
2. What was happening at the time of the incident and why was it taking place?
3. What events lead up to the incident? Describe the sequence in order and when they took place.
4. What exactly caused the injury and how did it happen? What mechanics, equipment or tools were involved?
5. Describe the injury. Include the affected body part(s) and injury type or indicate no injury occurred.

## Recommended corrective actions or preventive measures to be taken

Action Item	Person Responsible	Target Date	Date Complete

## Investigation Review (Initial after reviewing the findings of the investigation):

	Initials	Review Date	Comments
Employee Name			
Foreman Name			
Superintendent Name			
Safety Representative Name			
Human Resource Name			

What CONDITION of tools, equipment, or work area contributed to incident?

What ACTION or INACTION contributed to the incident?

ALL UNDERLYING OR ROOT CAUSES THAT APPLY

What caused or influenced the substandard conditions or behaviors?

ALL ACTIONS NECESSARY TO CORRECT THE DIRECT AND ROOT CAUSES

What corrective actions have been taken or are needed to prevent a recurrence?

Additional Information

Provide any additional information important to the investigation (pictures taken, evidence collected).

# Formulario de Informe de Investigación de Incidentes

O  
f  
f  
i  
c  
e  
C  
o  
p  
y

Instrucciones: Obtenga declaraciones del empleado lesionado y de los testigos para incluir lo que sucedió, lo que causó el incidente y cuáles fueron los factores que contribuyeron al incidente. Para ello, reconstruir la secuencia de eventos que llevaron a la lesión. Adjunte hojas adicionales si es necesario. *Proporcione copias del formulario completado y todos los formularios de declaración de incidentes a: Recursos Humanos y a el Representante de Seguridad.*

Datos del Empleado Lesionado			
Nombre del Empleado		Título de trabajo	
		Número personal	
Fecha de Incidente	Hora de Incidente <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	Día reportado:	Capataz:
Organización del trabajo/ubicación (Job#donde ocurrió el accidente)			
Supervisor		Número de teléfono Supervisor	Correo electrónico

Descripción del Incidente:
1. ¿Dónde ocurrió el incidente y quién estuvo involucrado? Proporcione una descripción completa de los alrededores de la ubicación y las personas involucradas.
2. ¿Qué estaba sucediendo en el momento del incidente y por qué sucedió?
3. ¿Qué eventos condujeron al incidente? Describe la secuencia en orden y cuándo tuvieron lugar.
4. ¿Qué fue exactamente lo que causó la lesión y cómo sucedió? ¿Qué mecánicos, equipos o herramientas estaban involucrados?
5. Describe la lesión. Incluya las partes del cuerpo afectadas y el tipo de lesión o indique que no hubo lesiones.

Acciones correctivas recomendadas o medidas preventivas a tomar.			
Elemento de Acción	Persona Responsable	Fecha Objetivo	Fecha Completa

Revisión de la investigación (Inicial después de revisar los hallazgos de la investigación):			
	Iniciales	Fecha de Revision	Commentarios
Nombre de Empleado			
Nombre de Capataz			
Nombre de Superintendente			
Representante de Seguridad			
Nombre de Recursos Humanos			

¿Qué CONDICIÓN de herramientas, equipo o área de trabajo contribuyó al incidente?

¿Qué ACCION o INACCION contribuyó al incidente?

TODAS LAS CAUSAS SUBYACENTES O RAÍZ QUE APLICAN  
¿Que causo o influyo en las condiciones o comportamientos subestandares?

TODAS LAS ACCIONES NECESARIAS PARA CORREGIR LAS CAUSAS DIRECTAS Y LAS RAIZ  
¿Que acciones correctivas se han tomado o son necesarias para prevenir una rep rrencia?

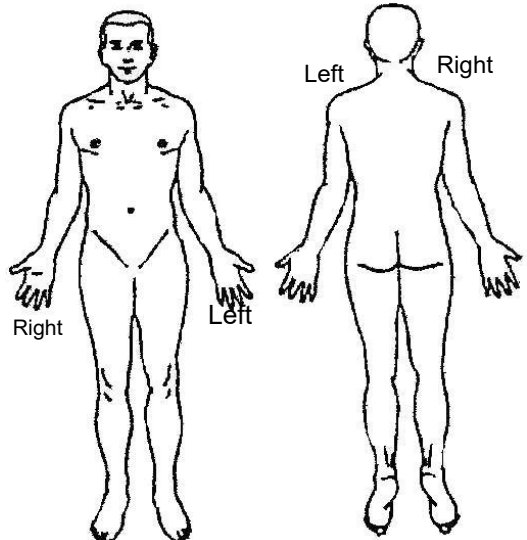
**Información Adicional**

Proporcione cualquier información adicional importante para la investigación (fotos tomadas, evidencia recolectada).



**EMPLOYEE STATEMENT OF INJURY, ACCIDENT OR INCIDENT**  
**DECLARACION DEL EMPLEADO DE ACCIDENTE, LESION O INCIDENTE**

**Please complete the following in your own words / Por favor complete lo siguiente en sus palabras**

Employee's Name / Nombre del empleado		Supervisor's Name / Nombre del Supervisor	
Social Security # / # de Seguro Social ____ - ____ - ____	Occupation / Ocupacion	Date of Hire / Fecha de Empleo ____/____/____	
Location where injury occurred / Donde ocurrio el incidente		Phase / Fase	
Date of Injury / Fecha de Lesion ____/____/____	Time of Injury / Hora de Lesion ____:____ AM/PM	Date & Time you reported injury Dia y Hora que reporto la lesion ____/____/____ : ____ AM/PM	
1. Describe how the injury happened / Describa como sucedio la lesion. _____ _____ _____			
2. List in detail all the body parts injured / Especifique todas las partes del cuerpo que se lesiono.		6. Circle the part of body affected or injured Circule las partes del cuerpo afectadas o lesionadas 	
3. What caused you to have the injury or incident? / ¿Qué causo la lesión ó incidente?			
4. Have you ever had previous trouble with this part(s) of your body? If yes, please describe / ¿Ha tenido antes problemas con esta parte del cuerpo? Si es así, favor de explicar			
5. Was there anything that could have been done to prevent the injury? / ¿Hubo algo que se pudo haber hecho para prevenir el incidente?			

**This is an accurate statement, in my own words, which describes my accident and/or injuries.**

**Warning: Any person who makes a false or fraudulent written or oral statement for the purpose of obtaining workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony. Penalties include fines, imprisonment or both.**

\*\*\*\*\*

*En mis palabras, esta declaración precisamente explica mi accidente o lesiones.*

**Advertencia: Toda persona que conscientemente da una declaración o descripción substancial fraudulenta ó conscientemente falsa con el objeto de obtener o de negar prestaciones de indemnización o pagos del trabajador es culpable de un delito. Los castigos incluyen multa o prision o ambos.**

Employee Signature / Firma del Empleado	Date / Fecha ____/____/____
---	-----------------------------



# SUPERVISOR'S INJURY, ACCIDENT REPORT

## REPORTE DE SUPERVISOR EN CASO DE LESION O ACCIDENTE

**Complete in DETAIL/Complete en DETALLE**

<b>Foreman/Supervisor Reporting Accident</b> <i>Capataz/Supervisor Reportando el Accidente</i>	<b>Name/Nombre</b> <b>Date/Fecha</b>
---	---

<b><u>Injured Employee's Personal Information / Informacion Personal del Empleado Lesionado</u></b>	
<b>Name/Nombre</b> _____	<b>Title/Titulo</b> _____
<b>Employee # / # del Empleado</b> _____ <b>Telephone # / # de Telefono ( )</b> _____	

<b>Date and Time that Injury Occurred?</b> <i>Fecha y Hora cuando ocurrio la Lesion</i>	<b>Date/Fecha</b> ____/____/____	____:____AM ____:____PM
<b>Date and Time Injury was Reported?</b> <i>Fecha y Hora cuando se Reporto la Lesion?</i>	<b>Date/Fecha</b> ____/____/____	____:____AM ____:____PM
<b>What time did the employee start work?</b> <i>¿A que hora empezo a laborar el empleado?</i>		<b>Project Number</b> <i>Numero de Proyecto #</i> _____

<b>1. Describe in detail how the accident occurred, use additional sheets, if necessary, give as much detail as possible</b> <i>Describe en detalle cómo ocurrió el accidente use papel adicional si es necesario y de todo detalle possible.</i>
--

<b>2. Exact location on project where incident occurred.</b> <i>Sitio exacto en el proyecto donde ocurrió el incidente</i>
---

<b>3. What was the injury and what part of the body was affected?</b> <i>Qual fue la lesion y que parte del cuerpo fue afectada?</i>
---

<b>4. Were pictures taken?</b> <i>¿Se tomaron fotos?</i>	<b>Yes / Si</b> _____ <b>No / No</b> _____	<b>If yes, attach to the report.</b> <i>Si es asi, adjunte al reporte.</i>
---	--	---

<b>5. Was the accident caused by an employee's failure to observe or follow safety rules or regulations. Fue el accidente causado por el empleado al no observar o seguir reglas de seguridad ó reglamentos. Yes / Si No / No Explain / explique</b>
--

<b>6. What task was being performed and what tools or materials were used at the time of injury.</b> <i>En que se obraba y que tipo de herramienta o material se uso al tiempo de la lesion.</i>
---

<b>7. Was the employee correctly trained for the tool being used and the work being done?</b> <i>¿Fue correctamente entrenado el empleado en la herramienta usada y la obra a mano?</i> <b>Yes / Si</b> _____ <b>No / No</b> _____ <b>Explain / explique</b>
--



**Complete in DETAIL/Complete en DETALLE**

**8. What action or inaction by the injured employee contributed to the accident?**  
*¿Que hizo o dejo de hacer el empleado lesionado que pudo contribuir al accidente?*

**9. Was another co-worker involved in the accident?**  
*¿Hubo otro compañero envuelto en el accidente?*

**YES / SI      NO / NO**

**If yes, list names / Si es asi, ponga los nombres**

**10. Describe what involvement the co-worker had in the accident (in detail)**  
*Describe como estuvo envuelto el compañero en el accidente (en detalle)*

**11. Was another company or individual involved in accident?**

*Hubo otra compañía ó individuo de otra compañía envuelto en el accidente?*

**YES / SI**

**NO / NO**

**if yes, list the name of the company, name of the contact person to the company, phone number and email information / Si es asi, liste el nombre de la comañia, nombre de la persona contacto en la compañía, numero de telefono y correo electronico**

**12. How was the other trade involved in the accident? what did they do or fail to do that contributed to the accident (in detail)**  
*Como estuvo involucrada la otra compañía en el accidente? Que accion hizo o dejo de hacer para contribuir al accidente?*

**13. What actions have you taken and/or plan to take to prevent reoccurrence?**  
*¿Qué acciones ha tomado y/ó piensa tomar para prevenir repeticiones?*

**14. Date incident reported to Safety and HR:**

*Fecha que se report incidenta a Safety y Recursos Humanos.*

**15. Names of Witnesses & Contact Information / Nombre(s) de Testigos y Informacion de Contacto**

**Supervisor's Signature / Firma del Supervisor**

**Date / Fecha** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



**WITNESS STATEMENT OF INJURY, ACCIDENT OR INCIDENT**  
**DECLARACION DEL TESTIGO DE LA LESION, ACCIDENTE O INCIDENTE**

Please complete the following in your own words / Por favor de completar lo siguiente en sus palabras

<b>Witness Name / Nombre de Testigo</b>		
<b>Name of Employer / Nombre del Empleador</b>	<b>Occupation / Ocupacion</b>	<b>Telephone # / Telefono #</b> (    )
<b>Date of Injury-Accident-Incident / Fecha de la Lesion Accidente-Incidente</b> <b>Date/Fecha</b> ____ / ____ / ____		<b>Time of Injury / Hora de la Lesion</b> ____ : ____ <b>[ ] AM - [ ] PM</b>
<b>1. Location where Injury-Accident-Incident occurred / Lugar donde ocurrio la Lesion-Accidente-Incidente</b> _____ _____ _____ _____		
<b>2. Describe what you saw / Describa lo que usted vio</b> _____ _____ _____ _____		
<b>3. In your opinion, what body parts were injured? / ¿En su opinion, cuáles partes del cuerpo se lesionaron?</b> _____ _____ _____ _____		
<b>4. Who or what caused the Injury-Accident-Incident? / ¿Qué ó quien causo la Lesion-Accidente-Incidente?</b> _____ _____ _____ _____		
<b>5. Did anything appear suspicious about the Injury-Accident-Incident? / ¿Le pareció algo sospechoso la Lesion-Accidente-Incidente?</b> _____ _____ _____ _____		
<b>6. Was there anything that could have been done to prevent the Injury-Accident-Incident? / ¿Habia algo que se pudo hacer para evitar la Lesion-Accidente-Incidente?</b> _____ _____ _____ _____		
<b>Witness Signature / Firma del Testigo</b> _____		<b>Date / Fecha</b> ____ / ____ / ____



**MEDICAL TREATMENT WAIVER**  
**RECHAZO DE TRATAMIENTO MEDICO**

I have been offered the opportunity to have medical care for the below stated injury by my employer. I feel as though I do require medical care at this time. However, should I feel the need to have care I will immediately report to my employer's report office to request medical care. I understand this is my obligation under the California Labor Code 4600. My signing of this statement only acknowledges that I have been given the opportunity to be examined and treated and in no way waives my right under worker's compensation laws. I also acknowledge that I have been given a claim form DWC-1 which protects my rights.

**Employee's Name:** \_\_\_\_\_

**Date of injury or accident:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Part of body:** \_\_\_\_\_

**Describe injury or accident:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A mi me ha dado mi patron, la oportunidad de recibir atencion medica para la lastimadura subsecuente. En este momento, no creo necesitar atencion medica. Sin embargo, si llego necesitar tal atencion me reportare inmediatamente a la oficina de la compania. Entiendo que esta es mi obligacion bajo el codigo laboral de California. El que yo firme esta declaracion es solo en reconocimiento que se me ha dado la oportunidad de ser examinado y de recibir tratamiento y no estoy renunciando a mis derechos bajo las leyes de compensacion de tabajadores. Ademas, reconozco que he recibido la forma DWC-1las cual protege mis derechos.

**Nombre del Empleado:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la lesión o accidente:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Parte del cuerpo:** \_\_\_\_\_

**Describe la lesión o accidente:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Print Employee's Name / Nombre en letra de molde del Empleado**

\_\_\_\_\_  
**Title / Título**

\_\_\_\_\_  
**Employee's Signature / Firma del Empleado**

\_\_\_\_\_  
**Date / Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Print Witness's Name / Nombre en letra de molde del Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Title / Título**

\_\_\_\_\_  
**Witness's Signature / Firma del Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Date / Fecha**



## Workers' Compensation Claim Form (DWC 1) & Notice of Potential Eligibility Formulario de Reclamo de Compensación de Trabajadores (DWC 1) y Notificación de Posible Elegibilidad

If you are injured or become ill, either physically or mentally, because of your job, including injuries resulting from a workplace crime, you may be entitled to workers' compensation benefits. Use the attached form to file a workers' compensation claim with your employer. **You should read all of the information below.** Keep this sheet and all other papers for your records. You may be eligible for some or all of the benefits listed depending on the nature of your claim. If you file a claim, the claims administrator, who is responsible for handling your claim, must notify you within 14 days whether your claim is accepted or whether additional investigation is needed.

To file a claim, complete the "Employee" section of the form, keep one copy and give the rest to your employer. Do this right away to avoid problems with your claim. In some cases, benefits will not start until you inform your employer about your injury by filing a claim form. Describe your injury completely. Include every part of your body affected by the injury. If you mail the form to your employer, use first-class or certified mail. If you buy a return receipt, you will be able to prove that the claim form was mailed and when it was delivered. Within one working day after you file the claim form, your employer must complete the "Employer" section, give you a dated copy, keep one copy, and send one to the claims administrator.

**Medical Care:** Your claims administrator will pay for all reasonable and necessary medical care for your work injury or illness. Medical benefits are subject to approval and may include treatment by a doctor, hospital services, physical therapy, lab tests, x-rays, medicines, equipment and travel costs. Your claims administrator will pay the costs of approved medical services directly so you should never see a bill. There are limits on chiropractic, physical therapy, and other occupational therapy visits.

**The Primary Treating Physician (PTP)** is the doctor with the overall responsibility for treatment of your injury or illness.

- If you previously designated your personal physician or a medical group, you may see your personal physician or the medical group after you are injured.
- If your employer is using a medical provider network (MPN) or Health Care Organization (HCO), in most cases, you will be treated in the MPN or HCO unless you predesignated your personal physician or a medical group. An MPN is a group of health care providers who provide treatment to workers injured on the job. You should receive information from your employer if you are covered by an HCO or a MPN. Contact your employer for more information.
- If your employer is not using an MPN or HCO, in most cases, the claims administrator can choose the doctor who first treats you unless you predesignated your personal physician or a medical group.
- If your employer has not put up a poster describing your rights to workers' compensation, you may be able to be treated by your personal physician right after you are injured.

Within one working day after you file a claim form, your employer or the claims administrator must authorize up to \$10,000 in treatment for your injury, consistent with the applicable treating guidelines until the claim is accepted or rejected. If the employer or claims administrator does not authorize treatment right away, talk to your supervisor, someone else in management, or the claims administrator. Ask for treatment to be authorized right now, while waiting for a decision on your claim. If the employer or claims administrator will not authorize treatment, use your own health insurance to get medical care. Your health insurer will seek reimbursement from the claims administrator. If you do not have health insurance, there are doctors, clinics or hospitals that will treat you without immediate payment. They will seek reimbursement from the claims administrator.

### Switching to a Different Doctor as Your PTP:

- If you are being treated in a Medical Provider Network (MPN), you may switch to other doctors within the MPN after the first visit.
- If you are being treated in a Health Care Organization (HCO), you may switch at least one time to another doctor within the HCO. You may switch to a doctor outside the HCO 90 or 180 days after your injury is reported to your employer (depending on whether you are covered by employer-provided health insurance).
- If you are not being treated in an MPN or HCO and did not predesignate, you may switch to a new doctor one time during the first 30 days after your injury is reported to your employer. Contact the claims administrator to switch doctors. After 30 days, you may switch to a doctor of your choice if

Si Ud. se lesiona o se enferma, ya sea físicamente o mentalmente, debido a su trabajo, incluyendo lesiones que resulten de un crimen en el lugar de trabajo, es posible que Ud. tenga derecho a beneficios de compensación de trabajadores. Utilice el formulario adjunto para presentar un reclamo de compensación de trabajadores con su empleador. **Ud. debe leer toda la información a continuación.** Guarde esta hoja y todos los demás documentos para sus archivos. Es posible que usted reúna los requisitos para todos los beneficios, o parte de éstos, que se enumeran dependiendo de la índole de su reclamo. Si usted presenta un reclamo, el administrador de reclamos, quien es responsable por el manejo de su reclamo, debe notificarle dentro de 14 días si se acepta su reclamo o si se necesita investigación adicional.

Para presentar un reclamo, llene la sección del formulario designada para el "Empleado," guarde una copia, y déle el resto a su empleador. Haga esto de inmediato para evitar problemas con su reclamo. En algunos casos, los beneficios no se iniciarán hasta que usted le informe a su empleador acerca de su lesión mediante la presentación de un formulario de reclamo. Describa su lesión por completo. Incluya cada parte de su cuerpo afectada por la lesión. Si usted le envía por correo el formulario a su empleador, utilice primera clase o correo certificado. Si usted compra un acuse de recibo, usted podrá demostrar que el formulario de reclamo fue enviado por correo y cuando fue entregado. Dentro de un día laboral después de presentar el formulario de reclamo, su empleador debe completar la sección designada para el "Empleador," le dará a Ud. una copia fechada, guardará una copia, y enviará una al administrador de reclamos.

**Atención Médica:** Su administrador de reclamos pagará por toda la atención médica razonable y necesaria para su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Los beneficios médicos están sujetos a la aprobación y pueden incluir tratamiento por parte de un médico, los servicios de hospital, la terapia física, los análisis de laboratorio, las medicinas, equipos y gastos de viaje. Su administrador de reclamos pagará directamente los costos de los servicios médicos aprobados de manera que usted nunca verá una factura. Hay límites en terapia quiropráctica, física y otras visitas de terapia ocupacional.

**El Médico Primario que le Atiende (Primary Treating Physician- PTP)** es el médico con la responsabilidad total para tratar su lesión o enfermedad.

- Si usted designó previamente a su médico personal o a un grupo médico, usted podrá ver a su médico personal o grupo médico después de lesionarse.
- Si su empleador está utilizando una red de proveedores médicos (*Medical Provider Network- MPN*) o una Organización de Cuidado Médico (*Health Care Organization- HCO*), en la mayoría de los casos, usted será tratado en la *MPN* o *HCO* a menos que usted hizo una designación previa de su médico personal o grupo médico. Una *MPN* es un grupo de proveedores de asistencia médica quien da tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. Usted debe recibir información de su empleador si su tratamiento es cubierto por una *HCO* o una *MPN*. Hable con su empleador para más información.
- Si su empleador no está utilizando una *MPN* o *HCO*, en la mayoría de los casos, el administrador de reclamos puede elegir el médico que lo atiende primero a menos de que usted hizo una designación previa de su médico personal o grupo médico.
- Si su empleador no ha colocado un cartel describiendo sus derechos para la compensación de trabajadores, Ud. puede ser tratado por su médico personal inmediatamente después de lesionarse.

Dentro de un día laboral después de que Ud. Presente un formulario de reclamo, su empleador o el administrador de reclamos debe autorizar hasta \$10000 en tratamiento para su lesión, de acuerdo con las pautas de tratamiento aplicables, hasta que el reclamo sea aceptado o rechazado. Si el empleador o administrador de reclamos no autoriza el tratamiento de inmediato, hable con su supervisor, alguien más en la gerencia, o con el administrador de reclamos. Pida que el tratamiento sea autorizado ya mismo, mientras espera una decisión sobre su reclamo. Si el empleador o administrador de reclamos no autoriza el tratamiento, utilice su propio seguro médico para recibir atención médica. Su compañía de seguro médico buscará reembolso del administrador de reclamos. Si usted no tiene seguro médico, hay médicos, clínicas u hospitales que lo tratarán sin pago inmediato. Ellos buscarán reembolso del administrador de reclamos.

### Cambiando a otro Médico Primario o PTP:

- Si usted está recibiendo tratamiento en una Red de Proveedores Médicos

your employer or the claims administrator has not created or selected an MPN.

**Disclosure of Medical Records:** After you make a claim for workers' compensation benefits, your medical records will not have the same level of privacy that you usually expect. If you don't agree to voluntarily release medical records, a workers' compensation judge may decide what records will be released. If you request privacy, the judge may "seal" (keep private) certain medical records.

**Problems with Medical Care and Medical Reports:** At some point during your claim, you might disagree with your PTP about what treatment is necessary. If this happens, you can switch to other doctors as described above. If you cannot reach agreement with another doctor, the steps to take depend on whether you are receiving care in an MPN, HCO, or neither. For more information, see "Learn More About Workers' Compensation," below.

If the claims administrator denies treatment recommended by your PTP, you may request independent medical review (IMR) using the request form included with the claims administrator's written decision to deny treatment. The IMR process is similar to the group health IMR process, and takes approximately 40 (or fewer) days to arrive at a determination so that appropriate treatment can be given. Your attorney or your physician may assist you in the IMR process. IMR is not available to resolve disputes over matters other than the medical necessity of a particular treatment requested by your physician.

If you disagree with your PTP on matters other than treatment, such as the cause of your injury or how severe the injury is, you can switch to other doctors as described above. If you cannot reach agreement with another doctor, notify the claims administrator in writing as soon as possible. In some cases, you risk losing the right to challenge your PTP's opinion unless you do this promptly. If you do not have an attorney, the claims administrator must send you instructions on how to be seen by a doctor called a qualified medical evaluator (QME) to help resolve the dispute. If you have an attorney, the claims administrator may try to reach agreement with your attorney on a doctor called an agreed medical evaluator (AME). If the claims administrator disagrees with your PTP on matters other than treatment, the claims administrator can require you to be seen by a QME or AME.

**Payment for Temporary Disability (Lost Wages):** If you can't work while you are recovering from a job injury or illness, you may receive temporary disability payments for a limited period. These payments may change or stop when your doctor says you are able to return to work. These benefits are tax-free. Temporary disability payments are two-thirds of your average weekly pay, within minimums and maximums set by state law. Payments are not made for the first three days you are off the job unless you are hospitalized overnight or cannot work for more than 14 days.

**Stay at Work or Return to Work:** Being injured does not mean you must stop working. If you can continue working, you should. If not, it is important to go back to work with your current employer as soon as you are medically able. Studies show that the longer you are off work, the harder it is to get back to your original job and wages. While you are recovering, your PTP, your employer (supervisors or others in management), the claims administrator, and your attorney (if you have one) will work with you to decide how you will stay at work or return to work and what work you will do. Actively communicate with your PTP, your employer, and the claims administrator about the work you did before you were injured, your medical condition and the kinds of work you can do now, and the kinds of work that your employer could make available to you.

**Payment for Permanent Disability:** If a doctor says you have not recovered completely from your injury and you will always be limited in the work you can do, you may receive additional payments. The amount will depend on the type of injury, extent of impairment, your age, occupation, date of injury, and your wages before you were injured.

**Supplemental Job Displacement Benefit (SJDB):** If you were injured on or after 1/1/04, and your injury results in a permanent disability and your employer does not offer regular, modified, or alternative work, you may qualify for a nontransferable voucher payable for retraining and/or skill enhancement. If you qualify, the claims administrator will pay the costs up to the maximum set by state law.

**Death Benefits:** If the injury or illness causes death, payments may be made to a

(Medical Provider Network- MPN), usted puede cambiar a otros médicos dentro de la MPN después de la primera visita.

- Si usted está recibiendo tratamiento en un Organización de Cuidado Médico (Healthcare Organization- HCO), es posible cambiar al menos una vez a otro médico dentro de la HCO. Usted puede cambiar a un médico fuera de la HCO 90 o 180 días después de que su lesión es reportada a su empleador (dependiendo de si usted está cubierto por un seguro médico proporcionado por su empleador).
- Si usted no está recibiendo tratamiento en una MPN o HCO y no hizo una designación previa, usted puede cambiar a un nuevo médico una vez durante los primeros 30 días después de que su lesión es reportada a su empleador. Póngase en contacto con el administrador de reclamos para cambiar de médico. Después de 30 días, puede cambiar a un médico de su elección si su empleador o el administrador de reclamos no ha creado o seleccionado una MPN.

**Divulgación de Expedientes Médicos:** Después de que Ud. presente un reclamo para beneficios de compensación de trabajadores, sus expedientes médicos no tendrán el mismo nivel de privacidad que usted normalmente espera. Si Ud. no está de acuerdo en divulgar voluntariamente los expedientes médicos, un juez de compensación de trabajadores posiblemente decida qué expedientes serán revelados. Si usted solicita privacidad, es posible que el juez "selle" (mantenga privados) ciertos expedientes médicos.

**Problemas con la Atención Médica y los Informes Médicos:** En algún momento durante su reclamo, podría estar en desacuerdo con su PTP sobre qué tratamiento es necesario. Si esto sucede, usted puede cambiar a otros médicos como se describe anteriormente. Si no puede llegar a un acuerdo con otro médico, los pasos a seguir dependen de si usted está recibiendo atención en una MPN, HCO o ninguna de las dos. Para más información, consulte la sección "Aprenda Más Sobre la Compensación de Trabajadores," a continuación.

Si el administrador de reclamos niega el tratamiento recomendado por su PTP, puede solicitar una revisión médica independiente (*Independent Medical Review-IMR*), utilizando el formulario de solicitud que se incluye con la decisión por escrito del administrador de reclamos negando el tratamiento. El proceso de la IMR es parecido al proceso de la IMR de un seguro médico colectivo, y tarda aproximadamente 40 (o menos) días para llegar a una determinación de manera que se pueda dar un tratamiento apropiado. Su abogado o su médico le pueden ayudar en el proceso de la IMR. La IMR no está disponible para resolver disputas sobre cuestiones aparte de la necesidad médica de un tratamiento particular solicitado por su médico.

Si no está de acuerdo con su PTP en cuestiones aparte del tratamiento, como la causa de su lesión o la gravedad de la lesión, usted puede cambiar a otros médicos como se describe anteriormente. Si no puede llegar a un acuerdo con otro médico, notifique al administrador de reclamos por escrito tan pronto como sea posible. En algunos casos, usted arriesga perder el derecho a objetar a la opinión de su PTP a menos que hace esto de inmediato. Si usted no tiene un abogado, el administrador de reclamos debe enviarle instrucciones para ser evaluado por un médico llamado un evaluador médico calificado (*Qualified Medical Evaluator-QME*) para ayudar a resolver la disputa. Si usted tiene un abogado, el administrador de reclamos puede tratar de llegar a un acuerdo con su abogado sobre un médico llamado un evaluador médico acordado (*Agreed Medical Evaluator- AME*). Si el administrador de reclamos no está de acuerdo con su PTP sobre asuntos aparte del tratamiento, el administrador de reclamos puede exigirle que sea atendido por un QME o AME.

**Pago por Incapacidad Temporal (Sueldos Perdidos):** Si Ud. no puede trabajar, mientras se está recuperando de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, Ud. puede recibir pagos por incapacidad temporal por un periodo limitado. Estos pagos pueden cambiar o parar cuando su médico diga que Ud. está en condiciones de regresar a trabajar. Estos beneficios son libres de impuestos. Los pagos por incapacidad temporal son dos tercios de su pago semanal promedio, con cantidades mínimas y máximas establecidas por las leyes estatales. Los pagos no se hacen durante los primeros tres días en que Ud. no trabaje, a menos que Ud. sea hospitalizado una noche o no puede trabajar durante más de 14 días.

**Permanezca en el Trabajo o Regreso al Trabajo:** Estar lesionado no significa que usted debe dejar de trabajar. Si usted puede seguir trabajando, usted debe hacerlo. Si no es así, es importante regresar a trabajar con su empleador actual tan

spouse and other relatives or household members who were financially dependent on the deceased worker.

**It is illegal for your employer** to punish or fire you for having a job injury or illness, for filing a claim, or testifying in another person's workers' compensation case (Labor Code 132a). If proven, you may receive lost wages, job reinstatement, increased benefits, and costs and expenses up to limits set by the state.

**Resolving Problems or Disputes:** You have the right to disagree with decisions affecting your claim. If you have a disagreement, contact your employer or claims administrator first to see if you can resolve it. If you are not receiving benefits, you may be able to get State Disability Insurance (SDI) or unemployment insurance (UI) benefits. Call the state Employment Development Department at (800) 480-3287 or (866) 333-4606, or go to their website at [www.edd.ca.gov](http://www.edd.ca.gov).

**You Can Contact an Information & Assistance (I&A) Officer:** State I&A officers answer questions, help injured workers, provide forms, and help resolve problems. Some I&A officers hold workshops for injured workers. To obtain important information about the workers' compensation claims process and your rights and obligations, go to [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) or contact an I&A officer of the state Division of Workers' Compensation. You can also hear recorded information and a list of local I&A offices by calling (800) 736-7401.

**You can consult with an attorney.** Most attorneys offer one free consultation. If you decide to hire an attorney, his or her fee will be taken out of some of your benefits. For names of workers' compensation attorneys, call the State Bar of California at (415) 538-2120 or go to their website at [www.californiaspecialist.org](http://www.californiaspecialist.org).

**Learn More About Workers' Compensation:** For more information about the workers' compensation claims process, go to [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov). At the website, you can access a useful booklet, "Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers." You can also contact an Information & Assistance Officer (above), or hear recorded information by calling 1-800-736-7401.

pronto como usted pueda medicamente hacerlo. Los estudios demuestran que entre más tiempo esté fuera del trabajo, más difícil es regresar a su trabajo original y a sus salarios. Mientras se está recuperando, su *PTP*, su empleador (supervisores u otras personas en la gerencia), el administrador de reclamos, y su abogado (si tiene uno) trabajarán con usted para decidir cómo va a permanecer en el trabajo o regresar al trabajo y qué trabajo hará. Comuníquese de manera activa con su *PTP*, su empleador y el administrador de reclamos sobre el trabajo que hizo antes de lesionarse, su condición médica y los tipos de trabajo que usted puede hacer ahora y los tipos de trabajo que su empleador podría poner a su disposición.

**Pago por Incapacidad Permanente:** Si un médico dice que no se ha recuperado completamente de su lesión y siempre será limitado en el trabajo que puede hacer, es posible que Ud. reciba pagos adicionales. La cantidad dependerá de la clase de lesión, grado de deterioro, su edad, ocupación, fecha de la lesión y sus salarios antes de lesionarse.

**Beneficio Suplementario por Desplazamiento de Trabajo (Supplemental Job Displacement Benefit- SJDB):** Si Ud. se lesionó en o después del 1/1/04, y su lesión resulta en una incapacidad permanente y su empleador no ofrece un trabajo regular, modificado, o alternativo, usted podría cumplir los requisitos para recibir un vale no-transferible pagadero a una escuela para recibir un nuevo curso de reentrenamiento y/o mejorar su habilidad. Si Ud. cumple los requisitos, el administrador de reclamos pagará los gastos hasta un máximo establecido por las leyes estatales.

**Beneficios por Muerte:** Si la lesión o enfermedad causa la muerte, es posible que los pagos se hagan a un cónyuge y otros parientes o a las personas que viven en el hogar que dependían económicamente del trabajador difunto.

**Es ilegal que su empleador** le castigue o despidan por sufrir una lesión o enfermedad laboral, por presentar un reclamo o por testificar en el caso de compensación de trabajadores de otra persona. (Código Laboral, sección 132a.) De ser probado, usted puede recibir pagos por pérdida de sueldos, reposición del trabajo, aumento de beneficios y gastos hasta los límites establecidos por el estado.

**Resolviendo problemas o disputas:** Ud. tiene derecho a no estar de acuerdo con las decisiones que afecten su reclamo. Si Ud. tiene un desacuerdo, primero comuníquese con su empleador o administrador de reclamos para ver si usted puede resolverlo. Si usted no está recibiendo beneficios, es posible que Ud. pueda obtener beneficios del Seguro Estatal de Incapacidad (*State Disability Insurance- SDI*) o beneficios del desempleo (*Unemployment Insurance- UI*). Llame al Departamento del Desarrollo del Empleo estatal al (800) 480-3287 o (866) 333-4606, o visite su página Web en [www.edd.ca.gov](http://www.edd.ca.gov).

**Puede Contactar a un Oficial de Información y Asistencia (Information & Assistance- I&A):** Los Oficiales de Información y Asistencia (*I&A*) estatal contestan preguntas, ayudan a los trabajadores lesionados, proporcionan formularios y ayudan a resolver problemas. Algunos oficiales de *I&A* tienen talleres para trabajadores lesionados. Para obtener información importante sobre el proceso de la compensación de trabajadores y sus derechos y obligaciones, vaya a [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) o comuníquese con un oficial de información y asistencia de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. También puede escuchar información grabada y una lista de las oficinas de *I&A* locales llamando al (800) 736-7401.

**Ud. puede consultar con un abogado.** La mayoría de los abogados ofrecen una consulta gratis. Si Ud. decide contratar a un abogado, los honorarios serán tomados de algunos de sus beneficios. Para obtener nombres de abogados de compensación de trabajadores, llame a la Asociación Estatal de Abogados de California (*State Bar*) al (415) 538-2120, o consulte su página Web en [www.californiaspecialist.org](http://www.californiaspecialist.org).

**Aprenda Más Sobre la Compensación de Trabajadores:** Para obtener más información sobre el proceso de reclamos del programa de compensación de trabajadores, vaya a [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov). En la página Web, podrá acceder a un folleto útil, "Compensación del Trabajador de California: Una Guía para Trabajadores Lesionados." También puede contactar a un oficial de Información y Asistencia (arriba), o escuchar información grabada llamando al 1-800-736-7401.

State of California  
Department of Industrial Relations  
DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION



Estado de California  
Departamento de Relaciones Industriales  
DIVISION DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR

# WORKERS' COMPENSATION CLAIM FORM (DWC 1)

# PETITION DEL EMPLEADO PARA DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR (DWC 1)

**Employee:** Complete the "Employee" section and give the form to your employer. Keep a copy and mark it "Employee's Temporary Receipt" until you receive the signed and dated copy from your employer. You may call the Division of Workers' Compensation and hear recorded information at (800) 736-7401. An explanation of workers' compensation benefits is included in the Notice of Potential Eligibility, which is the cover sheet of this form. Detach and save this notice for future reference.

You should also have received a pamphlet from your employer describing workers' compensation benefits and the procedures to obtain them. You may receive written notices from your employer or its claims administrator about your claim. If your claims administrator offers to send you notices electronically, and you agree to receive these notices only by email, please provide your email address below and check the appropriate box. If you later decide you want to receive the notices by mail, you must inform your employer in writing.

Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony.

**Empleado:** Complete la sección "Empleado" y entregue la forma a su empleador. Quédese con la copia designada "Recibo Temporal del Empleado" hasta que Ud. reciba la copia firmada y fechada de su empleador. Ud. puede llamar a la División de Compensación al Trabajador al (800) 736-7401 para oír información grabada. Una explicación de los beneficios de compensación de trabajadores está incluido en la Notificación de Posible Elegibilidad, que es la hoja de portada de esta forma. Separe y guarde esta notificación como referencia para el futuro.

Ud. también debería haber recibido de su empleador un folleto describiendo los beneficios de compensación al trabajador lesionado y los procedimientos para obtenerlos. Es posible que reciba notificaciones escritas de su empleador o de su administrador de reclamos sobre su reclamo. Si su administrador de reclamos ofrece enviarle notificaciones electrónicamente, y usted acepta recibir estas notificaciones solo por correo electrónico, por favor proporcione su dirección de correo electrónico abajo y marque la caja apropiada. Si usted decide después que quiere recibir las notificaciones por correo, usted debe de informar a su empleador por escrito.

Toda aquella persona que a propósito haga o cause que se produzca cualquier declaración o representación material falsa o fraudulenta con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensación a trabajadores lesionados es culpable de un crimen mayor "felonia".

## Employee—complete this section and see note above

## Empleado—complete esta sección y note la notación arriba.

1. Name. *Nombre.* \_\_\_\_\_ Today's Date. *Fecha de Hoy.* \_\_\_\_\_
  2. Home Address. *Dirección Residencial.* \_\_\_\_\_
  3. City. *Ciudad.* \_\_\_\_\_ State. *Estado.* \_\_\_\_\_ Zip. *Código Postal.* \_\_\_\_\_
  4. Date of Injury. *Fecha de la lesión (accidente).* \_\_\_\_\_ Time of Injury. *Hora en que ocurrió.* \_\_\_\_\_ a.m. \_\_\_\_\_ p.m.
  5. Address and description of where injury happened. *Dirección/lugar dónde ocurrió el accidente.* \_\_\_\_\_
  6. Describe injury and part of body affected. *Describe la lesión y parte del cuerpo afectada.* \_\_\_\_\_
  7. Social Security Number. *Número de Seguro Social del Empleado.* \_\_\_\_\_
  8. ☐ Check if you agree to receive notices about your claim by email only. ☐ Marque si usted acepta recibir notificaciones sobre su reclamo solo por correo electrónico. Employee's e-mail. \_\_\_\_\_ Correo electrónico del empleado. \_\_\_\_\_
- You will receive benefit notices by regular mail if you do not choose, or your claims administrator does not offer, an electronic service option. *Usted recibirá notificaciones de beneficios por correo ordinario si usted no escoge, o su administrador de reclamos no le ofrece, una opción de servicio electrónico.*
9. Signature of employee. *Firma del empleado.* \_\_\_\_\_

## Employer—complete this section and see note below. Empleador—complete esta sección y note la notación abajo.

10. Name of employer. *Nombre del empleador.* 20/20 Plumbing & Heating, Inc
11. Address. *Dirección.* 7343 Orangewood Drive Riverside, CA 92504
12. Date employer first knew of injury. *Fecha en que el empleador supo por primera vez de la lesión o accidente.* \_\_\_\_\_
13. Date claim form was provided to employee. *Fecha en que se le entregó al empleado la petición.* \_\_\_\_\_
14. Date employer received claim form. *Fecha en que el empleado devolvió la petición al empleador.* \_\_\_\_\_
15. Name and address of insurance carrier or adjusting agency. *Nombre y dirección de la compañía de seguros o agencia administradora de seguros.* Gallagher Bassett P.O. Box 2840 Clinton, IA 52733-2840
16. Insurance Policy Number. *El número de la póliza de Seguro.* 54326226
17. Signature of employer representative. *Firma del representante del empleador.* \_\_\_\_\_
18. Title. *Título.* \_\_\_\_\_ 19. Telephone. *Teléfono.* \_\_\_\_\_

**Employer:** You are required to date this form and provide copies to your insurer or claims administrator and to the employee, dependent or representative who filed the claim within **one working day** of receipt of the form from the employee.

SIGNING THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY

**Empleador:** Se requiere que Ud. feche esta forma y que provée copias a su compañía de seguros, administrador de reclamos, o dependiente/representante de reclamos y al empleado que hayan presentado esta petición dentro del plazo de **un día hábil** desde el momento de haber sido recibida la forma del empleado.

EL FIRMAR ESTA FORMA NO SIGNIFICA ADMISION DE RESPONSABILIDAD

☐ Employer copy/Copia del Empleador ☐ Employee copy/Copia del Empleado ☐ Claims Administrator/Administrador de Reclamos ☐ Temporary Receipt/Recibo del Empleado



## MPN Notification

### Important Information about Medical Care if you have a Work-Related Injury or Illness

#### Acknowledgement of Receipt and Understanding

I \_\_\_\_\_ have received the Initial Written Employee Notification Re: Medical Provider Network. The notification was provided to me in both English and Spanish. This document confirms that I have read and understand the notification.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**"ANY PERSON WHO MAKES OR CAUSES TO BE MADE ANY KNOWINGLY FALSE, OR FRAUDULENT MATERIAL STATEMENT OR MATERIAL REPRESENTATION FOR THE PURPOSES OF OBTAINING OR DENYING WORKERS' COMPENSATION BENEFITS OR PAYMENTS IS GUILTY OF A FELONY"**





## **Notificación de Red Proveedor Médica**

### **Información importante de Cuidado Médico si se lesiona o enferma por causa del trabajo**

#### **Confirmación de recibo y entendimiento**

Yo \_\_\_\_\_ he recibido la notificación inicial por escrito: Red Proveedor Medica. La notificación ha sido proveída en Ingles y Español. Este documento confirma que yo he leído y entiendo la notificación.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**“CUALQUIER PERSONA QUE CAUSE QUE SE HAGA O HAGA A SABIENDAS FALSA, O TESTIMONIO DE MATERIAL FRAUDULENTO O REPRESENTACION DE MATERIAL PARA PROPOSITOS DE OBTENER O NEGAR COMPENSACION DE TRABAJADORES O PAGOS SERA CULPABLE DE UN DELITO”**



**CALIFORNIA GALLAGHER BASSETT CHUBB RISK MANAGEMENT GROUP MPN**  
**EMPLOYER IMPLEMENTATION CHECKLIST**

Re: MPN Name: Gallagher Bassett Chubb Risk Management Group MPN  
DWC MPN Identification Number – 2350

The Gallagher Bassett California Regulations & MPN Informational Internet Site has been designed for GB's clients, carriers, brokers and consultants. The Site provides information on California rules and regulations, and allows you to download the appropriate documents and forms. The Site's Home Page is located at: <https://www.gallagherbassett.com/gbmcsmpn>.

**Gallagher Bassett Chubb Risk Management Group MPN Employer Implementation Steps**

1. For all new MPN implementations and when changing to the Gallagher Bassett Chubb Risk Management Group MPN, the only MPN notification requirement for employers is to give the injured workers the MPN Employee Notification Document when the injury is reported or at the time of injury.
  - The English version is given to English speaking employees and the Spanish version is given to Spanish speaking employees.
2. Existing Claims: The Gallagher Bassett Branch will send the MPN Employee Notification Document to the injured worker(s) when changing to and transferring open claims to the Gallagher Bassett Chubb Risk Management Group MPN.
3. Employers may ask their employees to sign and return the MPN Employee Acknowledgement Letter.
  - The MPN regulations are silent about Employee Acknowledgement Letters. As an employer, you have the right to use acknowledgement letters for your employees to sign when you give your employee the MPN Employee Notification Document.
4. Contact your Gallagher Bassett Services (GB) Account Manager when implementing the MPN.
  - Your Account Manager must also complete his/her own MPN "checklist" for these system set ups, so it is important to keep your Account Manager informed. **Please send all questions to your GB Account Manager.** GB Managed Care Legislation/Provider Network Management will assist with specific MPN questions.



**All California Employers (MPN and non-MPN) are required to adhere to the following Regulations:**

- Time of Hire Pamphlet “Facts about Workers’ Compensation”: The time of hire pamphlet is covered under LC 3551 and CCR 9880.
- DWC-7 Notice to Employees Poster Injuries Caused by Work: The required workplace posting notices are covered under LC 3550 and CCR 9881.

To review these California Regulations and to download required documents and forms, please access this site <https://www.gallagherbassett.com/gbmcsmpn> , and then go to the **Poster and Employee Notification Web Page**.

- Revise the DWC-7 MPN section to show the following:  
 MPN website: [www.talispoinpoint.com/cvty/gbmpn](http://www.talispoinpoint.com/cvty/gbmpn)  
 MPN Effective Date: 03/30/2021  
 MPN Identification number: 2350  
 Medical Access Assistant Phone Number: 1-855-446-9021  
 MPN Contact Phone Number: 1-855-203-2845

**California Predesignation Regulations**

- Predesignation of Personal Physicians and Reporting Duties of the Primary Treating Physician Regulations are covered under: Title 8, California Code of Regulations, Sections 9780, 9780.1, 9783, 9783.1, and 9785.
- To review the California Predesignation Regulations, please access this site\_ <https://www.gallagherbassett.com/gbmcsmpn> , and then go to the **Predesignation Rules Web Page**.

Please review the **Predesignation Rules Web Page** for information on California's laws and regulations concerning identification of the primary treating physician including the circumstances where an employee may pre designate a personal physician, chiropractor or acupuncturist about notices and information that must be provided to employees about workers' compensation benefits.

## Important Information about Medical Care if You Have a Work-Related Injury or Illness

### **Complete Written Employee Notification Re: Medical Provider Network**

(Title 8, California Code of Regulations, section 9767.12)

California law requires your employer to provide and pay for medical treatment if you are injured at work. Your employer has chosen to provide this medical care by using a Workers' Compensation physician network called a Medical Provider Network (MPN). Your employer is using the Gallagher Bassett Chubb Risk Management Group MPN and the MPN Identification Number is 2350. This MPN is administered by Coventry and Gallagher Bassett Services, Inc. (GB). This notification tells you what you need to know about the MPN program and describes your rights in obtaining medical care for work-related injuries and illnesses.

- **What is a MPN?**

A Medical Provider Network (MPN) is group of health care providers (physicians and other medical providers) used by your employer to treat workers injured on the job. Each MPN must include a mix of doctors specializing in work-related injuries and doctors with expertise in general areas of medicine.

- **How do I find out which doctors are in my MPN?**

#### **Your MPN Contact is:**

#### **Gallagher Bassett California Medical Provider Network/Managed Care Services**

Address: 2850 Golf Road, Rolling Meadows, IL 60008-4050

**Telephone Number: 1-855-203-2845, then select Option 1**

Please have your MPN name, and the MPN Identification Number when calling 1-855-203-2845. This toll free number line is available Monday through Saturday, 7:00 am to 8:00 pm pacific time.

The MPN Contact listed in this notification will be able to answer your questions about the MPN, will address any complaints regarding the MPN, and will help you obtain a regional list of all MPN doctors in your area. At minimum, the regional listing must include a list of all MPN providers within 30 minutes or 15 miles of your workplace and/or residence or a list of all MPN providers within the county where you live and/or work. You may choose which list you wish to receive.

You can get the list of MPN providers by calling the MPN Contact or by going to our website at [www.talispoinpoint.com/cvty/gbmpn](http://www.talispoinpoint.com/cvty/gbmpn) . The website contains information about the MPN and a roster of all treating physician in the MPN. You may also locate a MPN doctor by calling Gallagher Bassett Managed Care Services at 1-855-203-2845. At the voice prompts, please select Option 1. You also have the right to a complete listing of all of the MPN providers upon request.

#### **To locate a pharmacy that is most convenient for you, please contact First Script at**

**1-866-445-7344.** You may locate a pharmacy by going to our website at [www.firstscript.com](http://www.firstscript.com) . On our website you will see LOCATE A PHARMACY. Just enter your zip code and a pharmacy listing will display.

#### **Your Medical Access Assistant**

**Telephone Number: 1-855-446-9021**

**Fax Number: 1-630-228-6077**

**Email Address: [GB-CAMPN-Contact@gbtpa.com](mailto:GB-CAMPN-Contact@gbtpa.com)**

The Gallagher Bassett Medical Provider Network Medical Access Assistant is available Monday through Saturday, 7:00 am to 8:00 pm pacific time. The Medical Access Assistant will assist you to find and schedule appointments with available physicians, and to schedule subsequent appointments. Please have your MPN

name, and the MPN Identification Number when calling 1-855-446-9021. Assistance is available in English and Spanish.

### **MPN Provider Listing Inaccuracies**

**Telephone Number: 1-800-937-6824**

**Email: [GBWCCS@cvty.com](mailto:GBWCCS@cvty.com)**

Please report MPN provider listing inaccuracies by calling 1-800-937-6824 or by sending an E-mail to [GBWCCS@cvty.com](mailto:GBWCCS@cvty.com).

- **What happens if I get injured at work?**

**In case of an emergency, you should call 911 or go to the closest emergency room.**

If you are injured at work, notify your employer as soon as possible. Your employer will provide you with a claim form. When you notify your employer that you have had a work-related injury, your employer or Gallagher Bassett will make an initial appointment with a doctor in the MPN.

- **How do I choose a provider?**

Your employer or the insurer for your employer will arrange the initial medical evaluation with a MPN physician. After the first medical visit, you may continue to be treated by that doctor, or you may choose another doctor from the MPN. You may continue to choose doctors within the MPN for all of your medical care for this injury.

If appropriate, you may choose a specialist or ask your treating doctor for a referral to a specialist. Some specialists will only accept appointments with a referral from the treating doctor. Such specialist might be listed as "by referral only" in your MPN directory.

If you need help in finding a doctor or scheduling a medical appointment, you may call the Medical Access Assistant.

- **Can I change providers?**

Yes. You can change providers within the MPN for any reason, but the providers you choose should be appropriate to treat your injury. Contact the MPN Contact or your claims adjuster if you want to change your treating physician.

- **What standards does the MPN have to meet?**

The MPN has providers **for the entire state of California.**

The MPN must give you access to a regional list of providers that includes at least three physicians in each specialty commonly used to treat work injuries/illnesses in your industry. The MPN must provide access to primary treating physicians within 30 minutes or 15 miles and specialists within 60 minutes or 30 miles of where you work or live.

If you live in a rural area or an area where there is a health care shortage, there may be a different standard.

After you have notified your employer of your injury, the MPN must provide initial treatment within 3 business days. If treatment with a specialist has been authorized, the appointment with the specialist must be provided to you within 20 business days of your request.

If you have trouble getting an appointment with a provider in the MPN, contact the Medical Access Assistant.

If there are no MPN providers in the appropriate specialty available to treat your injury within the distance and timeframe requirements, then you will be allowed to seek the necessary treatment outside of the MPN.

- **What if there are no MPN providers where I am located?**

If you are a current employee living in a rural area or temporarily working or living outside the MPN service area, or you are a former employee permanently living outside the MPN service area, the MPN or your treating doctor will give you a list of at least three physicians who can treat you. The MPN may also allow you to choose your own doctor outside of the MPN network. Contact your MPN Contact for assistance in finding a physician or for additional information.

- **What if I need a specialist that is not available in the MPN?**

If you need to see a type of specialist that is not available in the MPN, you have the right to see a specialist outside of the MPN.

- **What if I disagree with my doctor about medical treatment?**

If you disagree with your doctor or wish to change your doctor for any reason, you may choose another doctor within the MPN.

If you disagree with either the diagnosis or treatment prescribed by your doctor, you may ask for a second opinion from another doctor within the MPN. If you want a second opinion, you must contact the MPN contact or your claims adjuster and tell them you want a second opinion. The MPN should give you at least a regional or full MPN provider list from which you can choose a second opinion doctor. To get a second opinion, you must choose a doctor from the MPN list and make an appointment within 60 days. You must tell the MPN Contact of your appointment date, and the MPN will send the doctor a copy of your medical records. You can request a copy of your medical records that will be sent to the doctor.

If you do not make an appointment within 60 days of receiving the regional provider list, you will not be allowed to have a second or third opinion with regard to this disputed diagnosis or treatment of this treating physician.

If the second-opinion doctor feels that your injury is outside of the type of injury he or she normally treats, the doctor's office will notify your employer or insurer and you. You will get another list of MPN doctors or specialists so you can make another selection.

If you disagree with the second opinion, you may ask for a third opinion. If you request a third opinion, you will go through the same process you went through for the second opinion.

Remember that if you do not make an appointment within 60 days of obtaining another MPN provider list, then you will not be allowed to have a third opinion with regard to this disputed diagnosis or treatment of this treating physician.

If you disagree with the third-opinion doctor, you may ask for an MPN Independent Medical Review (IMR). Your employer or MPN Contact will give you information on requesting an Independent Medical Review and a form at the time you select a third-opinion physician.

If either the second or third-opinion doctor or Independent Medical Reviewer agrees with your need for a treatment or test, you may be allowed to receive that medical service from a provider within the MPN or if the MPN does not contain a physician who can provide the recommended treatment, you may choose a physician outside the MPN within a reasonable geographic area.

- **What if I am already being treated for a work-related injury before the MPN begins?**

Your employer or insurer has a “*Transfer of Care*” policy which will determine if you can continue being temporarily treated for an existing work-related injury by a physician outside of the MPN before your care is transferred into the MPN.

If your current doctor is not or does not become a member of the MPN, then you may be required to see a MPN physician. However, if you have properly predesignated a primary treating physician, you cannot be transferred into the MPN. (If you have questions about predesignation, ask your supervisor.)

If your employer decides to transfer you into the MPN, you and your primary treating physician must receive a letter notifying you of the transfer.

If you meet certain conditions, you may qualify to continue treating with a non-MPN physician for up to a year before you are transferred into the MPN. The qualifying conditions to postpone the transfer of your care into the MPN are set forth in the box below.

#### ***Can I Continue Being Treated By My Doctor?***

You may qualify for continuing treatment with your non-MPN provider (through transfer of care or continuity of care) for up to a year if your injury or illness meets any of the following conditions:

- **(Acute)** The treatment for your injury or illness will be completed in less than 90 days;
- **(Serious or Chronic)** Your injury or illness is one that is serious and continues for at least 90 days without full cure or worsens and requires ongoing treatment. You may be allowed to be treated by your current treating doctor for up to one year, until a safe transfer of care can be made.
- **(Terminal)** You have an incurable illness or irreversible condition that is likely to cause death within one year or less.
- **(Pending Surgery)** You already have a surgery or other procedure that has been authorized by your employer or insurer that will occur within 180 days of the MPN effective date, or the termination of contract date between the MPN and your doctor.

You can disagree with your employer's decision to transfer your care into the MPN. If you don't want to be transferred into the MPN, ask your primary treating physician for a medical report on whether you have one of the four conditions stated above to qualify for a postponement of your transfer into the MPN.

Your primary treating physician has 20 days from the date of your request to give you a copy of his/her report on your condition. If your primary treating physician does not give you the report within 20 days of your request, the employer can transfer your care into the MPN and you will be required to use an MPN physician.

You will need to give a copy of the report to your employer if you wish to postpone the transfer of your care. If you or your employer disagrees with your doctor's report on your condition, you or your employer can dispute it. See the complete Transfer of Care policy for more details on the dispute resolution process.

For a copy of the Transfer of Care policy, in English or Spanish, ask your MPN Contact.

#### • **What if I am being treated by a MPN doctor who decides to leave the MPN?**

Your employer or insurer has a written "*Continuity of Care*" policy that will determine whether you can temporarily continue treatment for an existing work injury with your doctor if your doctor is no longer participating in the MPN.

If your employer decides that you do not qualify to continue your care with the non-MPN provider, you and your primary treating physician must receive a letter notifying you of this decision.

If you meet certain conditions, you may qualify to continue treating with this doctor for up to a year before you must choose a MPN physician. These conditions are set forth in the ***“Can I Continue Being Treated by My Doctor?”*** box above.

You can disagree with your employer’s decision to deny you Continuity of Care with the terminated MPN provider. If you want to continue treating with the terminated doctor, ask your primary treating physician for a medical report on whether you have one of the four conditions stated in the box above to see if you qualify to continue treating with your current doctor temporarily.

Your primary treating physician has 20 days from the date of your request to give you a copy of his/her medical report on your condition. If your primary treating physician does not give you the report within 20 days of your request, your employer’s decision to deny you Continuity of Care with your doctor who is no longer participating in the MPN will apply, and you will be required to choose a MPN physician.

You will need to give a copy of the report to your employer if you wish to postpone the selection of another MPN doctor for your continued treatment. If you or your employer disagrees with your doctor’s report on your condition, you or your employer can dispute it. See the complete Continuity of Care policy for more details on the dispute resolution process.

For a copy of the Continuity of Care policy, in English or Spanish, ask your MPN Contact.

- **What if I have questions or need help?**

- **MPN Contact:** You may always contact the MPN Contact if you have questions about the use of the MPN and to address any complaints regarding the MPN.
- **Medical Access Assistants:** You can contact the Medical Access Assistant if you need help finding MPN physicians and scheduling and confirming appointments.
- **Division of Workers’ Compensation (DWC):** If you have concerns, complaints or questions regarding the MPN, the notification process, or your medical treatment after a work-related injury or illness, you can call the DWC’s Information and Assistance office at 1-800-736-7401. You can also go to the DWC’s website at [www.dir.ca.gov/dwc](http://www.dir.ca.gov/dwc) and click on “medical provider networks” for more information about MPNs.
- **Independent Medical Review:** If you have questions about the MPN Independent Medical Review process contact the Division of Workers’ Compensation’s Medical Unit at:  
DWC Medical Unit  
P.O. Box 71010  
Oakland, CA 94612  
(510) 286-3700 or (800) 794-6900

**Keep this information in case you have a work-related injury or illness.**

<p><b>Información importante sobre atención médica en caso de lesión o enfermedad relacionada con el trabajo</b></p>
--



**Comunicación escrita completa para el empleado - Ref: Red de Proveedores Médicos**  
(Artículo 9767.12 del Código Regulatorio de California, Título 8)

La legislación de California establece que su empleador debe proporcionarle y pagarle la atención médica para el tratamiento de cualquier lesión sufrida en el trabajo. Su empleador optó por brindar dicha atención médica a través de un programa de indemnización del trabajador, denominado Red de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés). Su empleador está utilizando la MPN Gallagher Bassett Chubb Risk Management Group y el número de identificación de la MPN es 2350. Esta MPN está administrada por Coventry y Gallagher Bassett Services, Inc. (GB). Este aviso contiene la información que necesita sobre el programa MPN y describe su derecho a recibir tratamiento médico para sus lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

- **¿Qué es una MPN?**

Una Red de Abastecedor Médica (MPN) es el grupo de abastecedores de asistencia médica (médicos y otros abastecedores médicos) usado por su patrón para tratar a trabajadores heridos en el trabajo. Cada MPN debe incluir una mezcla de doctores que se especializan en heridas relacionadas con el trabajo y doctores con la maestría en áreas generales de la medicina.

- **¿Cómo averiguo qué médicos pertenecen a mi red MPN?**

**Su contacto de la MPN es:**

**Gallagher Bassett California Medical Provider Network/Managed Care Services**

Dirección: 2850 Golf Road, Rolling Meadows, IL 60008-4050

**Número de teléfono: 1-855-203-2845, luego seleccione Opción 1**

Por favor tenga a mano el nombre de la MPN y el número de identificación de la MPN cuando llame al 1-855-203-2845. Esta línea gratuita está disponible de lunes a sábado de 7:00 am a 8:00 pm Horario del Pacífico.

Los contactos de la red MPN que figuran en este aviso podrán responder sus preguntas sobre la MPN, recibirán cualquier queja que presente sobre la MPN y lo ayudarán a obtener una lista regional de todos los médicos de la MPN de su zona. Como mínimo, la lista regional debe incluir a todos los proveedores de la MPN que se encuentren dentro de un radio de 30 minutos o 15 millas de su lugar de trabajo y/o residencia o una lista de todos los proveedores de la red MPN del condado en el que vive y/o trabaja. Usted puede elegir qué lista desea recibir.

Puede obtener una lista de los proveedores de la red MPN llamando por teléfono a las personas de contacto de la MPN o visitando el sitio Web [www.talispoint.com/cvty/gbmpn](http://www.talispoint.com/cvty/gbmpn). El sitio web contiene información sobre la MPN y una lista de todos los médicos tratantes de la MPN. También puede ubicar a un médico de la MPN llamando a Gallagher Bassett Managed Care Services al 1-855-203-2845. Cuando el mensaje de voz le indique las distintas opciones, seleccione la Opción 1. También tiene derecho a recibir un listado completo de todos los proveedores de la MPN cuando lo solicite.

**Para buscar la farmacia más conveniente para usted, por favor llame a First Script al**

**1-866-445-7344.** Puede encontrar una farmacia visitando nuestra página Web [www.firstscript.com](http://www.firstscript.com). En la página web verá BUSCAR FARMACIA (LOCATE A PHARMACY). Sólo debe ingresar su código postal y se desplegará una lista de farmacias.

**Su Asistente para el Acceso a Servicios Médicos**

**Número de teléfono: 1-855-446-9021**

**Fax: 1-630-228-6077**

**Dirección de correo electrónico:** [GB-CAMPN-Contact@gbtpa.com](mailto:GB-CAMPN-Contact@gbtpa.com)

El Asistente para el Acceso a Servicios Médicos de Gallagher Bassett está disponible de lunes a sábados de 7:00 am a 8:00 pm Horario del Pacífico. El Asistente para el Acceso a Servicios Médicos lo asistirá para encontrar y programar citas con los médicos disponibles y para programar las siguientes citas. Por favor tenga a mano el nombre de la MPN y el número de identificación de la MPN cuando llame al 1-855-446-9021. Hay asistencia disponible en inglés y en español.

**Inexactitudes en la lista de proveedores de la MPN**

**Número de teléfono:** 1-800-937-6824

**Dirección de correo electrónico:** [GBWCCS@cvty.com](mailto:GBWCCS@cvty.com)

Por favor, informe las inexactitudes que encuentre en la lista de proveedores de la MPN llamando al 1-800-937-6824 o enviando un correo electrónico a [GBWCCS@cvty.com](mailto:GBWCCS@cvty.com).

**¿Qué sucede si me lesiono en el trabajo?**

**En caso de una emergencia, debe llamar al 911 o dirigirse a la sala de emergencias más próxima.**

Si usted se lesiona en el trabajo, notifique a su empleador lo antes posible. Su empleador le entregará un formulario de reclamo. Cuando usted notifica a su empleador que ha sufrido una lesión relacionada con el trabajo, su empleador o Gallagher Bassett acordarán una primera cita con un médico de la MPN.

- **¿Cómo elijo un proveedor?**

Su empleador o la aseguradora de su empleador coordinará la evaluación médica inicial con un médico de la MPN. Después de la primera visita médica, puede continuar el tratamiento con el mismo médico o puede elegir a otro profesional **de la red MPN**. Usted podrá cambiar de médico dentro de la red MPN cada vez que lo desee durante el tratamiento de la lesión.

Si corresponde, puede consultar a un especialista o pedirle a su médico tratante una remisión para ver a un especialista. Algunos especialistas sólo aceptarán citas con una remisión del médico tratante. Estos especialistas pueden figurar en la lista con la leyenda “sólo con remisión” en su directorio de la MPN.

Si necesita asistencia para encontrar un médico o programar una cita médica, puede llamar al Asistente para el Acceso a Servicios Médicos.

- **¿Puedo cambiar de proveedores?**

Sí. Puede cambiar de proveedores dentro de la red MPN siempre que lo desee, pero los proveedores que elija deben ser idóneos para tratar su lesión. Contáctese con el Contacto de la MPN o con su ajustador de reclamos si desea cambiar de médico tratante.

- **¿Qué estándares tiene que cumplir la MPN?**

La red MPN tiene proveedores **para todo el estado de California**.

La MPN debe proporcionarle una lista regional de proveedores que incluya por lo menos tres médicos de cada una de las especialidades más comunes en el tratamiento de lesiones/enfermedades laborales frecuentes en su industria. La MPN debe brindar acceso a un médico primario tratante dentro de los 30 minutos o 15 millas y a especialistas dentro de los 60 minutos o 30 millas del lugar donde usted vive o trabaja.

Si usted vive en una zona rural o en una zona en la que hay escasez de atención de salud, es posible que se apliquen otros estándares.

Una vez que usted ha notificado a su empleador de su lesión, la MPN debe proporcionar tratamiento inicial dentro de los 3 días hábiles. Si se ha autorizado el tratamiento con un especialista, se le debe asignar la cita con el especialista dentro de los 20 días hábiles desde su solicitud.

Si tiene problemas para obtener una cita con un proveedor de la MPN, póngase en contacto con el Asistente para el Acceso a Servicios Médicos.

Si no hay proveedores de la MPN disponibles en la especialidad apropiada para tratar su lesión dentro de los plazos y distancias requeridos, se le permitirá procurar el tratamiento necesario fuera de MPN.

- **¿Qué sucede si no hay proveedores de la red MPN en mi lugar de residencia?**

Si usted vive o trabaja temporalmente fuera de un área de servicios de la red MPN o vive en una zona rural o si es un ex-empleado que reside permanentemente fuera del área de servicios de la red MPN, la red MPN o su médico tratante le proporcionarán una lista de al menos tres médicos que puedan realizarle el tratamiento. La red MPN también puede autorizarlo a elegir su propio médico fuera de la red MPN. Contacte a la persona de contacto de la red MPN para recibir ayuda para buscar un médico o para obtener información adicional.

- **¿Qué sucede si mi lesión requiere una especialidad que no figura en la red MPN?**

Si necesita un especialista que no está disponible a través de la red MPN, usted tiene derecho a consultar a un especialista fuera la red.

- **¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con mi médico en cuanto al tratamiento?**

Si no está de acuerdo con su médico o desea cambiar de médico por alguna razón, puede elegir otro profesional dentro de la red MPN.

Si no está de acuerdo con el **diagnóstico o con el tratamiento** prescripto por su médico, puede solicitar una segunda opinión de otro médico de la red MPN. Si desea una **segunda opinión**, debe comunicarse con el contacto de la MPN o con su ajustador de reclamos y comunicarles que desea una segunda opinión. La red MPN deberá entregarle una lista de proveedores MPN regionales o una lista completa de la que usted podrá elegir un médico para obtener una segunda opinión. Para recibir una segunda opinión, debe elegir un médico de la lista de la MPN y concertar una cita dentro de los 60 días. Debe informarle a su contacto de la MPN la fecha de su cita y la red MPN le enviará al médico una copia de su historia clínica. Si usted lo desea, puede solicitar una copia de la historia clínica que se le enviará al médico.

Si no programa una cita dentro de los 60 días de recibir la lista de proveedores regionales, ya no podrá pedir una segunda o tercera opinión con respecto al diagnóstico o tratamiento de su médico tratante que se encuentra en discusión.

Si el médico al que se le pidió la segunda opinión considera que su lesión no está comprendida en el tipo de lesiones que normalmente atiende, el consultorio del médico se lo informará oportunamente a su empleador o aseguradora y a usted. Usted recibirá otra lista de médicos o especialistas de la red MPN para que pueda volver a elegir.

Si no está de acuerdo con la segunda opinión, puede pedir una tercera opinión. Si solicita una tercera opinión, deberá realizar el mismo trámite que realizó para obtener la segunda opinión.

Recuerde que si no programa una cita dentro de los 60 días de recibir otra lista de proveedores de la MPN, ya no podrá a pedir una tercera opinión con respecto al diagnóstico o tratamiento de su médico tratante que se encuentra en discusión.

Si no está de acuerdo con la tercera opinión, puede solicitar una **Revisión Médica Independiente (IMR) de la MPN**. Su empleador o persona de contacto de la MPN le facilitará la información necesaria para solicitar una Revisión Médica Independiente y un formulario cuando solicite una tercera opinión.

Si el médico que dio la segunda o la tercera opinión o el Revisor Médico Independiente están de acuerdo en lo que usted necesita en términos de tratamiento o estudios, se le puede permitir recibir ese servicio médico de un proveedor de la red MPN o si la MPN no tiene un médico que pueda proporcionar el tratamiento recomendado, puede elegir un médico de fuera de la MPN dentro de un área geográfica razonable.

- **¿Qué sucede si ya estoy recibiendo tratamiento por una lesión laboral antes de que se habilite la cobertura de la red MPN?**

Su empleador o aseguradora cuenta con una política de "*Transferencia de cuidados*" que determinará si usted puede continuar temporalmente el tratamiento de una lesión de trabajo con un médico que no pertenece a la red MPN antes de transferir la atención a la red MPN.

Si su médico actual no pertenece a la red MPN o no ingresa a la red, es posible que usted deba consultar a un médico de la red MPN. No obstante, si usted ha predesignado correctamente a un médico tratante primario, no podrá ser transferido a la red MPN. (Si tiene preguntas sobre la predesignación, consulte a su supervisor).

Si su empleador decide transferirlo a la red MPN, usted y su médico tratante primario deben recibir un aviso de la transferencia.

Si usted reúne determinados requisitos, podrá continuar el tratamiento con un médico que no pertenece a la red MPN durante un máximo de un año antes de ser transferido a la red MPN. En el recuadro que aparece a continuación encontrará cuáles son las condiciones requeridas para posponer la transferencia de su atención de salud a la red MPN.

***¿Puedo seguir tratándome con mi médico?***

Es posible que usted pueda seguir tratándose con un proveedor que no pertenezca a la red MPN (por la política de transferencia de cuidados o continuidad de cuidados) durante un máximo de un año si su lesión o enfermedad se encuadra dentro de **alguna** de las condiciones siguientes:

- **(Agudo):** el tratamiento de su lesión o enfermedad se completará en menos de 90 días;
- **(Grave o crónico):** su lesión o enfermedad es grave y se prolonga durante 90 días por lo menos, sin que se cure por completo o se agrava y requiere tratamiento continuo. Es posible que usted obtenga autorización para seguir el tratamiento con su médico tratante actual hasta que se pueda hacer una transferencia segura del cuidado.
- **(Terminal):** usted tiene una enfermedad incurable o un cuadro irreversible con probabilidad de causarle la muerte dentro de un año o menos.
- **(Pendiente de cirugía) :** su empleador o aseguradora ya ha autorizado la realización de una cirugía u otra práctica que tendrá lugar dentro de los 180 días de la fecha efectiva de la red MPN o de la fecha de terminación del contrato entre la MPN y su médico.

Usted puede no estar de acuerdo con la decisión de su empleador de transferir su tratamiento a la red MPN. Si usted no quiere ser transferido a la red MPN, solicite a su médico tratante primario un informe médico que indique que usted está comprendido en alguno de los cuatro cuadros especificados arriba para poder calificar para un aplazamiento de su transferencia a la red MPN.

Su médico tratante primario tiene 20 días a partir de la fecha de su solicitud para entregarle una copia del informe de su estado de salud. Si su médico tratante primario no le entrega el informe dentro de los 20 días de su pedido, el empleador podrá transferir sus cuidados de salud a la red MPN y usted deberá utilizar los servicios de un médico de la red.

Usted deberá entregar una copia del informe a su empleador si desea aplazar la transferencia de sus cuidados de salud. Si usted o su empleador no están de acuerdo con el informe del médico sobre su estado de salud, usted o su empleador pueden objetarlo. Ver más detalles sobre el proceso de resolución de disputas en la política completa sobre Transferencia de cuidados.

Puede obtener una copia completa de la política de Transferencia de cuidados en inglés o en español a través de su persona de contacto de la red MPN.

- **¿Qué sucede si estoy en tratamiento con un médico de la red MPN que desea dejar de pertenecer a la red?**

Su empleador o la aseguradora tienen una política escrita de "*Continuidad del cuidado*" que determinará si usted puede continuar temporalmente el tratamiento de su lesión laboral con su médico si éste deja de pertenecer a la red MPN.

Si su empleador decide que usted no reúne los requisitos para continuar con su tratamiento médico con el proveedor que no pertenece a la red MPN, usted y su médico tratante primario deben recibir una carta comunicándoles esta decisión.

Si usted está comprendido en ciertas condiciones de salud, puede calificar para continuar el tratamiento con este médico durante un máximo de un año antes de que deba empezar a atenderse con un médico de la red MPN. Estas condiciones de salud se detallan en el cuadro anterior: "**¿Puedo seguir tratándome con mi médico?**"

Usted puede no estar de acuerdo con la decisión de su empleador de denegar su solicitud de continuidad de cuidados con un proveedor que deja de pertenecer a la red MPN. Si usted quiere continuar tratándose con un médico que termina su relación laboral, pídale a su médico tratante primario un informe médico en el que se señale que usted está comprendido en alguno de los cuatro cuadros especificados anteriormente para ver si usted reúne los requisitos para seguir tratándose temporalmente con su médico actual.

Su médico tratante primario tiene 20 días a partir de la fecha de su solicitud para entregarle una copia del informe médico de su estado de salud. Si su médico tratante primario no le entrega el informe dentro de los 20 días de su solicitud, se dará por válida la decisión de su empleador de denegarle la Continuidad de cuidados con su médico que ya no participa de la MPN y usted deberá elegir un médico de la MPN.

Usted deberá entregar una copia del informe a su empleador si desea aplazar la transferencia de sus cuidados de salud a un proveedor de la red MPN. Si usted o su empleador no están de acuerdo con el informe del médico sobre su estado de salud, usted o su empleador pueden objetarlo. Para obtener más información sobre el procedimiento de resolución de disputas, consulte la política completa sobre Continuidad de cuidados.

Puede obtener una copia completa de la política de Continuidad de cuidados en inglés o en español a través de su persona de contacto de la red MPN.

- **¿Qué sucede si tengo preguntas o necesito ayuda?**

- **Contacto de la MPN:** Siempre puede contactarse con su persona de Contacto de la MPN si tiene preguntas sobre el uso de la MPN y sobre cómo presentar quejas sobre la MPN.

- **Asistente para el Acceso a Servicios Médicos:** Puede contactarse con el Asistente para el Acceso a Servicios Médicos si necesita ayuda para encontrar médicos de la MPN y programar y confirmar citas.
- **División de Indemnización del Trabajador (DWC):** Si tiene alguna duda, queja o pregunta relacionada con la red MPN, el proceso de notificación o su tratamiento médico por lesión o enfermedad laboral, puede llamar al Centro de Información y Ayuda de la división DWC al 1-800-736-7401. También puede visitar el sitio de la DWC [www.dir.ca.gov/dwc](http://www.dir.ca.gov/dwc) y hacer clic en “redes de proveedores médicos” para recibir más información sobre las redes MPN.
- **Revisión Médica Independiente:** Si tiene preguntas sobre el proceso de Revisión Médica Independiente, escriba a la Unidad Médica de la División de Indemnización del Trabajador:  
DWC Medical Unit  
P.O. Box 71010  
Oakland, CA 94612  
(510) 286-3700 ó (800) 794-6900

**Conserve esta información para utilizarla en caso de lesión o enfermedad laboral.**

# MPN Employer

Claim Number: \_\_\_\_\_

Claimant Name: \_\_\_\_\_

**AUTHORIZATION TO RELEASE PERSONAL HEALTH INFORMATION**

Parties authorized to release my personal health information:

☐ List of authorized persons or class of persons on Page 3 of 3.

☐ \_\_\_\_\_

☐ **Functions/Class:** All providers of health care, health care service plans, pharmaceutical companies, or contractors that may possess my personal health information.

I, the undersigned, authorize the above named provider(s) to release to: **Gallagher Bassett Services, Inc.**, my employer under whose policy I have made a claim for benefits, and each of their respective authorized agents, brokers, attorneys, doctors, examiners or other classes of people that will evaluate my claim, all personal health information (PHI) as described: medical records, charts, notations, correspondence, reports, photographs, films, and PHI contained within any of the foregoing ("Medical Records"), except as specifically excluded below:

or, only the following records or types of health information and/or only with respect to the specified dates:

Date(s) of Treatment: \_\_\_\_\_ Type(s) of Treatment: \_\_\_\_\_

The disclosure of Medical Records authorized under this form is for the following purpose only:

\_\_\_\_\_  
This authorization is effective **immediately** upon my signing below, and **shall remain in effect until such time that my claim is closed**.

This is an informed consent for the release of my Medical Records, and I have a right to receive a copy of this authorization upon request. A photocopy of this signed authorization shall be deemed as valid as an original.

I understand that my Medical Records may be used by other parties necessary to participate in processing my claim. Such re-disclosure may no longer be protected by state or federal confidentiality laws. However, California law prohibits the re-disclosure of medical information without obtaining a new authorization or unless otherwise required by law. If this authorization is for the disclosure of substance abuse information, the recipient may be prohibited from disclosing the information under 42 C.F.R. part 2.

I have asked questions about anything that was not clear to me, and I am satisfied with the answers received.

**Claim Number:** \_\_\_\_\_

**Claimant Name:** \_\_\_\_\_

This authorization is subject to revocation by the undersigned in writing at any time by sending revocation to **Gallagher Bassett Services, Inc.** and to the list of care providers listed on page 1, except to the extent that action has been taken in reliance on this authorization prior to revocation, and if not earlier revoked, this authorization shall terminate on the conclusion of my claim without express revocation. If I revoke this authorization, it will not have any effect on actions taken by all parties in reliance of it before I revoked it.

I am aware that the consequences of my not signing this authorization can include a delay in the processing/resolution of my claim, a potential denial of the claim, or other consequences recognized by applicable state law and /or the insurance policy at issue. The healthcare facility will not condition treatment upon securing a signed authorization.

A specific authorization is required to disclose information regarding the following. If I authorize the release of this information, I will check next to each line, and then sign and date.

<i>check box, sign and date to specify information to be disclosed</i>	<i>Signature</i>	<i>/</i>	<i>Date</i>
<input type="checkbox"/> I consent to the release of any and all psychiatric records:	_____		
<input type="checkbox"/> I consent to the release of any and all drug/alcohol abuse records:	_____		
<input type="checkbox"/> I consent to the release of any and all HIV Lab Test Results:	_____		
<input type="checkbox"/> I consent to the release of any and all Genetic/Fertility records:	_____		

I certify that this medical release authorization was printed in 14-point type when I signed it. I have received a copy of this authorization if I requested one.

**Date:** \_\_\_\_\_

**SIGNATURE:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(name and relationship of party other than patient signing)

\_\_\_\_\_  
(Patient Name)

\_\_\_\_\_  
(date of birth)

*"The Genetic Information Nondiscrimination Act of 2008 (GINA) prohibits employers and other entities covered by GINA Title II from requesting or requiring genetic information of an individual or family member of the individual, except as specifically allowed by this law. To comply with this law, we are asking that you not provide any genetic information when responding to this request for medical information. 'Genetic information' as defined by GINA, includes an individual's family medical history, the results of an individual's or family member's genetic tests, the fact that an individual or an individual's family member sought or received genetic services, and genetic information of a fetus carried by an individual or an individual's family member or an embryo lawfully held by an individual or family member receiving assistive reproductive services."*



**Claim Number:** \_\_\_\_\_

**Claimant Name:** \_\_\_\_\_

To the Claimant: Please list the **names, addresses and phone numbers** of all doctors, hospitals and chiropractors you have seen within the past 5 years. This should include the name of your family doctor, any visits made to hospitals and clinics (even emergency visits) and the name of any other physicians or chiropractors you have seen. If you can remember the year that you were seen by these individuals, please also list. **Please date and sign the attached authorization to release medical records or information.**

**FAMILY DOCTOR–MEDICAL GROUP:**

**NAME, ADDRESS, PHONE NUMBERS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HOSPITALS AND CLINICS**

**NAME, ADDRESS, PHONE NUMBERS**

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CHIROPRACTORS**

**NAME, ADDRESS PHONE NUMBERS**

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANY OTHER PHYSICIANS**

**NAME, ADDRESS, PHONE NUMBERS**

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
6. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
7. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numero de Reclamación: \_\_\_\_\_

Nombre del Demandante: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION DE ENTREGA DE INFORMACION DE SALUD PERSONAL**

Partes autorizadas a quien comunicar mi información de salud personal:

- ☐ Lista de personas autorizadas o clases de personas de la pagina 3 de 3
- ☐ \_\_\_\_\_
- ☐ **Funciones/Clase:** Todos los proveedores de cuidado de salud, planes de servicio de cuidado de salud, compañías farmacéuticas, o contratistas que puedan poseer mi información personal de salud.

Yo, el abajo firmante, autorizo al/los proveedor(es) arriba mencionado(s) para entregar a: **Gallagher Bassett Services, Inc.,** mi empleador, ya que bajo su póliza he hecho una reclamacion de beneficios, y cada uno de sus respectivos agentes autorizados, brokers, abogados, médicos, examinadores u otras clases de personas que evaluarán mi reclamo, toda la información médica personal(PHI) como se describe en: expedientes médicos, graficas, anotaciones, correspondencia, informes, fotografías, películas, y PHI contenidos dentro de cualquiera de los anteriores ("Reportes Médicos"), con excepción a lo excluído específicamente a continuación:

o, sólo los siguientes reportes o tipos de información de salud y/o sólo con respecto a las fechas específicas:

Fecha(s) de Tratamiento: \_\_\_\_\_ Tipo(s) of Tratamiento: \_\_\_\_\_

La divulgación de los registros médicos autorizados bajo esta forma es sólo para los siguientes fines:

Esta autorización es efectiva **inmediatamente** al firmar abajo, y **permanecerá en vigor hasta el momento que mi reclamación sea cerrada.**

Este es un consentimiento informado para la entrega de mi historial médico, y tengo derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicito. Una fotocopia de esta autorización firmada, se considerará tan válida como una original.

Entiendo que mis registros médicos pueden ser utilizados por otras partes necesarias para participar en el proceso de mi reclamo. Dicha nueva divulgación puede no estar protegida por las leyes estatales o federales de confidencialidad. Sin embargo, la ley de California prohíbe la re-divulgación de información médica sin obtener una nueva autorización a menos que sea requerido por la ley. Si esta autorización es para la divulgación de información de abuso de sustancias, el destinatario puede tener prohibido revelar la información de acuerdo con 42 C.F .R. parte 2.

He pedido a preguntas sobre cualquier cosa que no estaba claro para mí y estoy satisfecho con las respuestas recibidas.

**Gallagher Bassett Services, Inc.**

**Pag 1 of 3**

Autorización para la Entrega de Información de Salud Personal

Numero de Reclamación: \_\_\_\_\_

Nombre del Demandante: \_\_\_\_\_

Esta autorización está sujeta a revocación por escrito del abajo firmante en cualquier momento mediante el envío de la revocación a **Gallagher Bassett Services, Inc.** y a la lista de proveedores de servicios que figuran en la página 1, excepto en la medida en que se ha actuado en virtud de esta autorización antes de la revocación, y si no es revocado anteriormente, esta autorización terminará cuando concluya mi reclamo sin revocación expresa. Si revoco esta autorización, no tendrá ningún efecto sobre las medidas adoptadas por todas las partes en dependencia a ella antes de que fuera revocada.

Soy consciente de que las consecuencias de no firmar esta autorización pueden incluir un retraso en el procesamiento / resolución de mi reclamo, una posible denegación de la reclamación, u otras consecuencias reconocidas por las leyes estatales aplicables y / o la póliza de seguro en cuestión. El centro de salud no va a condicionar el tratamiento después de conseguir una autorización firmada.

Se requiere una autorización específica para divulgar información con respecto a lo siguiente. Si autorizo la divulgación de esta información, voy a marcar junto a cada línea, luego firmar y colocar la fecha.

Marque la casilla, firme y coloque la fecha para especificar la información a revelar

Firma / Fecha

- ☐ Doy consentimiento para entregar cualquiera y todos los registros psiquiátricos.
- ☐ Doy consentimiento para entregar cualquiera y todos los registros de abuso de drogas/alcohol:
- ☐ Doy consentimiento para entregar cualquiera y todos los registros de resultados de laboratorios de HIV
- ☐ Doy consentimiento para entregar cualquiera y todos los registros Geneticos/de Fertilidad

Certifico que esta autorización de divulgación médica fue impreso en letra de 14 puntos cuando la firmé. He recibido una copia de esta autorización, si solicité una.

Fecha: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Nombre y relacion de la parte que no sea el paciente firmante)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del Paciente)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de Nacimiento)

*"La Ley de Nodiscriminación por Información Genética del 2008 (GINA) prohíbe a los empleadores y otras entidades cubiertas por GINA título II el solicitar o requerir información genética de un individuo o un miembro de la familia de la persona, con excepción de lo permitido expresamente por esta ley. Para cumplir con esta ley, estamos pidiendo que usted no proporcione ninguna información genética al responder a esta solicitud de información médica. "la información genética" según la definición de GINA, incluye la historia médica de la familia de un individuo, los resultados de las pruebas genéticas de un miembro de la familia del individuo, el hecho de que un individuo o miembro de la familia de un individuo buscó o recibió servicios genéticos e información genética de un feto llevado por un individuo o miembro de la familia de un individuo o un embrión legalmente en poder de un individuo o un miembro de la familia que recibe los servicios de asistencia reproductiva".*

**Gallagher Bassett Services, Inc.**

**Pag 2 of 3**

**Autorización para la Entrega de Información de Salud Personal**

Numero de Reclamación: \_\_\_\_\_

Nombre del Demandante: \_\_\_\_\_

Para la Demandante: Por favor escriba los **nombres, direcciones y números de teléfonos** de todos los médicos, hospitales y quiroprácticos que ha visto en los últimos 5 años. Esto debe incluir el nombre de su médico de cabecera, cualquiera de las visitas realizadas a los hospitales y clínicas (incluso las visitas de emergencia) y el nombre cualquier otro médico o quiropráctico que ha visto. Si usted puede recordar el año en que fue atendido(a) por estos individuos, por favor, también enumerarlos. **Por favor ponga la fecha y firme la autorización adjunta para hacer entrega de reportes médicos o información.**

**DOCTOR DE CABECERA–GRUPO  
MÉDICO:**

NOMBRE, DIRECCIÓN, NÚMEROS DE TELÉFONOS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HOSPITALES AND CLINICAS**

NOMBRE, DIRECCIÓN, NÚMEROS DE TELÉFONOS

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CHIROPRACTICOS**

NOMBRE, DIRECCIÓN, NÚMEROS DE TELÉFONOS

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OTROS MÉDICOS**

NOMBRE, DIRECCIÓN, NÚMEROS DE TELÉFONOS

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_