

Reporte del Trabajador y Médico para Reclamaciones de Compensación para Trabajadores

(Worker's and Physician's Report for Workers' Compensation Claim Form 827S)

AVISO al médico primario o enfermera(o) practicante (NOTES to physician or nurse practitioner)

→ Ask the worker to complete this form **ONLY** in the following circumstances:

- First report of injury or disease
- Report of aggravation of original injury
- Notice of change of attending physician or nurse practitioner

Give the worker a copy immediately. You must file Form 827 with the workers' compensation insurer if the worker has indicated any of the above reasons for filing in the Worker's Section of the 827.

→ The worker should **NOT** complete this form for the following:

- Progress report
- Closing report
- Palliative care request

For these reports, you have the *option* of filing Form 827, submitting chart notes, or submitting a report that includes data gathered on Form 827.

→ If the worker completes and signs this form, give the worker a copy immediately.

→ When you file Form 827 as required (or by election) you can simplify your filing by attaching thorough chart notes. Simply check the box(es) next to your filing reason(s) and the box in Section C, affirming that chart notes are attached, and complete the signature block.

<p>Si tiene preguntas acerca de como completar la forma 827s, llame al: 1-800-452-0288 para hablar con un consultor de beneficios.</p> <p>If you have questions about completion of Form 827, contact a benefit consultant:</p> <p style="text-align: center;">(800) 452-0288</p>	<p>Si no sabe el nombre y/o dirección del asegurador, llame a la Sección de Índice de Empleadores, de la División de Compensación para Trabajadores al: (503) 947-7814, o visite nuestro sitio Web en la siguiente dirección:</p> <p>www4.cbs.state.or.us/ex/wcd/cov/search/index.cfm</p> <p>If you don't know the name and address of the insurer, call the Workers' Compensation Division's Employer Index: (503) 947-7814, or find it at:</p> <p>www4.cbs.state.or.us/ex/wcd/cov/search/index.cfm</p>
---	--

To order supplies of this form, call (503) 947-7627. This form may also be downloaded from WCD's Web site, www.wcd.oregon.gov/policy/bulletins/formsbyno.html, in MS Word 2000 or PDF format.

Notificación al Trabajador y al Médico Primario o Enfermera(o) Practicante (Notice to Worker and Physician or Nurse Practitioner)

No use la forma 827 como "notificación para cambio de médico primario o enfermera(o) practicante," a menos que el nuevo proveedor de servicio médico sea el **médico primariamente responsable** por el tratamiento de una lesión o enfermedad ocupacional compensable.

Ser “primariamente responsable” por el tratamiento no incluye:

- Tratamiento en bases de emergencia
- Tratamiento en bases de turno (on-call)
- Consulta
- Cuidado de un especialista
- Exámenes a petición de la aseguradora o la División de Compensación para Trabajadores.
- “Examen médico a petición del trabajador” bajo ORS 656.325 (compensabilidad)

NO use la forma 827 o 827s en las circunstancias antes mencionadas

El uso incorrecto de esta forma puede resultar en la
demora de beneficios para el trabajador.

Do not use Form 827 as “notice of change of attending physician or nurse practitioner” unless the new medical service provider will be **primarily responsible** for treatment of a compensable occupational injury or disease.

Being “primarily responsible” for the treatment does *not* include:

- Treatment on an emergency basis
- Treatment on an “on-call” basis
- Consulting
- Specialist care
- Exams done at the request of the insurer or Workers’ Compensation Division.
- “Worker-requested medical examinations” under ORS 656.325 (compensability)

Do NOT use Form 827 for the above circumstances.

**Incorrect use of this form may result in
*delay of benefits to the worker.***



Workers' Compensation Division

Reporte del Trabajador y Médico para Reclamaciones de Compensación para Trabajadores

(Worker's and Physician's Report for Workers' Compensation Claims)

Optional	WCD employer no.:
	Policy no.:

Note to Physician or nurse practitioner: Ask the worker to complete this form ONLY for the three filing reasons in the worker's section; do not have the worker complete or sign form if this is a progress report or palliative-care request.

Dept. use Ins no
Occ
Nature
Part
Event
Source
Assoc Object

Trabajador o Médico (Worker or Physician)	Nombre legal del trabajador, dirección, y dirección postal (Worker's legal name, street address, and mailing address):	Su idioma de preferencia (Worker's language preference): <input type="checkbox"/> Inglés (English) <input type="checkbox"/> Español (Spanish) <input type="checkbox"/> Ruso (Russian) <input type="checkbox"/> Vietnamés (Vietnamese) <input type="checkbox"/> Otro – especifique (Other please specify):		
	Teléfono: ()	Número de reclamación de la aseguradora: Claim no. (if known):	Número de Seguro Social (vea la parte al reverso) (SSN - see back):	
	Nombre y dirección del empleador al momento de la lesión original (Employer at time of original injury — name and street address):	Fecha de nacimiento: (Date of birth)(mes, día, año)	Masculino/Femenino (Male/female): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha y hora de la lesión o enfermedad inicial: (Date/time of original injury) (mes, día, año)
	Teléfono: ()	Ocupación (Occupation):	Ultimo día de trabajo: (Last date worked) (mes, día, año)	Nombre y dirección de la compañía aseguradora de compensación para trabajadores (Workers' compensation insurer's name, address):

Trabajador (Worker)	Trabajador: Marque la casilla apropiada, conteste las preguntas (si hay algunas), y firme abajo.	
	<input type="checkbox"/> Primer reporte de lesión o enfermedad ocupacional (First report of injury or disease) (No firme si usted no tiene la intención de registrar una reclamación.) ¿Se ha lesionado en esta parte del cuerpo anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí (yes) <input type="checkbox"/> No (no) (Si contesta sí, describa cuando y como.) Con mi firma doy autorización para el uso de mi Número de Seguro Social (SSN) como se describe en el Párrafo 2 al reverso. Si usted no autoriza el uso de su Número de Seguro Social como se describe en el Párrafo 2 al reverso, marque aquí <input type="checkbox"/> .	
	<input type="checkbox"/> Reporte de agravamiento de la lesión original (Notice of aggravation) <input type="checkbox"/> Cambio de médico primario o enfermera(o) practicante (Change of attending physician or nurse practitioner)	Marque aquí si tiene más de un empleador. <input type="checkbox"/> Describe el accidente (Describe accident):
	Razón para cambio: Con mi firma doy AVISO DE RECLAMACION O CAMBIO DE MI MEDICO PRIMARIO O ENFERMERA(O) PRACTICANTE. Yo autorizo a los proveedores de servicios médicos y otras personas responsables de los archivos de mi reclamación para que den la información relevante contenida en mis expedientes médicos. Certifico que toda la información anteriormente escrita es verdadera en lo mejor de mi conocimiento y creencia. (Ver Párrafos 3 & 4 al reverso.)	

Physician	Physician: If worker initiated this report, give worker a copy immediately.															
	<input type="checkbox"/> First report of injury or disease (Mail this form to the workers' compensation insurer within 72 hours of visit.) <input type="checkbox"/> Change of attending physician or nurse practitioner (I accept responsibility for the care and treatment of the above named worker.) <input type="checkbox"/> Prior medical records have been requested from the previous attending physician or nurse practitioner. <input type="checkbox"/> Insurer is hereby requested to send its records. <input type="checkbox"/> Progress report OR Closing report (See instructions in Bulletin 239.) <input type="checkbox"/> Aggravation; actual worsening of underlying condition (Mail 827 signed by attending physician to insurer within five days of visit.) <input type="checkbox"/> Palliative care request — Complete remainder of form, except Section b. (Worker must be currently employed or in vocational training to be eligible.) Attach a palliative care plan or describe in "NOTES" below. See back of form.															
	If you don't know the name and address of the insurer, call the Workers' Compensation Division's Employer Index (503) 947-7814, or visit on-line: www4.cbs.state.or.us/ex/wcd/cov/search/index.cfm To order supplies of this form, call (503) 947-7627.															
	<table border="1"> <tr> <td>Date/time of first treatment:</td> <td>Last date treated:</td> <td>Hospitalized as inpatient? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Next appointment date:</td> <td>Est. length of further treatment:</td> <td>If yes, name hospital:</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Current diagnosis per ICD-9-CM code(s): </td> <td></td> </tr> </table>	Date/time of first treatment:	Last date treated:	Hospitalized as inpatient? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Next appointment date:	Est. length of further treatment:	If yes, name hospital:	Current diagnosis per ICD-9-CM code(s):			<table border="1"> <tr> <td>Has the injury or illness caused permanent impairment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Impairment expected <input type="checkbox"/> Unknown</td> <td>Medically stationary? <input type="checkbox"/> Yes (date): <input type="checkbox"/> No (anticipated date):</td> <td>(Attach findings of impairment, if any.)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Work ability status: <input type="checkbox"/> Regular work authorized start (date): <input type="checkbox"/> Modified work authorized from (date): <input type="checkbox"/> No work authorized from (date): </td> <td> through (date, if known): through (date, if known): </td> </tr> </table>	Has the injury or illness caused permanent impairment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Impairment expected <input type="checkbox"/> Unknown	Medically stationary? <input type="checkbox"/> Yes (date): <input type="checkbox"/> No (anticipated date):	(Attach findings of impairment, if any.)	Work ability status: <input type="checkbox"/> Regular work authorized start (date): <input type="checkbox"/> Modified work authorized from (date): <input type="checkbox"/> No work authorized from (date):	
Date/time of first treatment:	Last date treated:	Hospitalized as inpatient? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No														
Next appointment date:	Est. length of further treatment:	If yes, name hospital:														
Current diagnosis per ICD-9-CM code(s):																
Has the injury or illness caused permanent impairment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Impairment expected <input type="checkbox"/> Unknown	Medically stationary? <input type="checkbox"/> Yes (date): <input type="checkbox"/> No (anticipated date):	(Attach findings of impairment, if any.)														
Work ability status: <input type="checkbox"/> Regular work authorized start (date): <input type="checkbox"/> Modified work authorized from (date): <input type="checkbox"/> No work authorized from (date):		through (date, if known): through (date, if known):														

Physician	NOTES: Describe the following <i>or</i> check if chart notes are attached. <input type="checkbox"/> (Chart notes should <i>specifically</i> describe items below.)	Health insurance provider name and phone: (print or type)
	Symptoms: Objective findings: Type of treatment: Lab/X-Ray results (if any): Impairment findings (if any): <input type="checkbox"/> Temporary <input type="checkbox"/> Permanent Physical limitations (if any): Palliative care plan/justification: If referred to another physician give name/address: Surgery: History (if closing report): Remarks:	Physician's or nurse practitioner's name, degree, address, and phone: (print, type, or use stamp) X Physician's or nurse practitioner's signature Date
		— Original and yellow copy to insurer — Pink copy retain for your records — Green copy to worker immediately if initial claim, aggravation claim, or change of physician
		400-827S (12/05 tr 1/06/DCBS/WCD/WEB)



Reporte del Trabajador y Médico para Reclamaciones de Compensación para Trabajadores

(Worker's and Physician's Report for Workers' Compensation Claims)

Optional WCD employer no.: Policy no.:

Note to Physician or nurse practitioner: Ask the worker to complete this form ONLY for the three filing reasons in the worker's section; do not have the worker complete or sign form if this is a progress report or palliative-care request.

Form section for Worker or Physician with fields for name, address, phone, language preference, claim number, SSN, birth date, gender, injury date, employer, and insurer.

Trabajador: Marque la casilla apropiada, conteste las preguntas (si hay algunas), y firme abajo.

Form section for Worker with checkboxes for injury report, aggravation, and change of doctor, plus a signature line.

Physician: If worker initiated this report, give worker a copy immediately. Trabajador: Este es su recibo que usted dio aviso de una reclamación. Guardalo para su archivo.

AVISO AL TRABAJADOR

Aceptación o Rechazo de Reclamación: Usted recibirá notificación por escrito de parte de la compañía aseguradora de su empleador aceptando o rechazando su reclamación.

Atención médica: Usted deberá avisar a su médico o personal del hospital en su primera visita que su lesión o enfermedad está relacionada con el trabajo.

Si su reclamación es aceptada, la aseguradora o el empleador asegurado por sí mismo pagará todos los costos médicos para las condiciones médicas que la aseguradora acepta por escrito.

Pagos por tiempo perdido de trabajo: Para que usted reciba pagos por el tiempo perdido de trabajo, el médico que le atienda deberá notificar a la aseguradora o al empleador asegurado por sí mismo de su incapacidad para trabajar.

Sobre su reclamo

Aviso al Trabajador

Información importante acerca de su Número de Seguro Social (SSN):

1. Usted debe proveer su Número de Seguro Social (SSN). La División de Compensación para Trabajadores (Workers' Compensation Division, WCD) del Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios (DCBS) tiene la autoridad de pedir la presentación de su Número de Seguro Social (SSN) bajo el Acta de Privacidad (Privacy Act) de 1974, 5 USC & 552a (West 1977), Sección 7(a)(2)(B). En Oregon, dicha autorización se provee bajo leyes estatales de acuerdo con el Estatuto Revisado de Oregon (ORS) 656.254 y 656.265. Su Número de Seguro Social (SSN) será usado por el DCBS para llevar a cabo sus deberes bajo el ORS Capítulo 656, estos incluyen el cumplimiento, investigación, proceso de reclamaciones y administración del programa para trabajadores lesionados. El asegurador de compensación para trabajadores usará su SSN para obtener récords relacionados con su reclamación.
2. Si usted está presentando este formulario 827 como un "Primer reporte de lesión o enfermedad ocupacional," su autorización para el uso de su Número de Seguro Social es también requerida para el uso de varias agencias gubernamentales, para conducir funciones asignadas por estatuto incluyendo mas no limitado a los siguientes: planeación, investigación, cumplimiento de las leyes de sostenimiento de niños, asistencia para empleo, coordinación de beneficios, cumplimiento de las leyes referentes a empleo de menores, manejo de riesgos, identificación de peligros, ajuste de cuotas y programas de entrenamiento. Si usted no autoriza el uso de su Número de Seguro Social, por favor marque el casillero correspondiente en el frente de esta forma bajo la sección "Primer reporte de lesión o enfermedad ocupacional" El marcar este casillero no interferirá con el procesamiento de su reclamación de compensación para trabajadores.

Autorización para compartir información sobre expedientes médicos:

3. Al firmar este Formulario 827s, usted está dando autorización a los proveedores de servicios médicos y a otras personas responsables por los expedientes de su reclamación para que den información relacionada a la lesión o enfermedad reclamada en este Formulario 827s de acuerdo con el ORS Capítulo 656 y OAR Capítulo 436. Los expedientes médicos que contienen información relevante a la reclamación incluyen su historial de reclamos, tratamiento o condiciones similares a las que se presentan en la reclamación u otras condiciones relacionadas con la misma parte del cuerpo.

Advertencia en contra de hacer declaraciones falsas:

4. Cualquier persona que intencionalmente haga declaraciones o representaciones falsas con el objeto de obtener cualquier beneficio o pago, está sujeta a ser castigada una vez que se pruebe su culpabilidad puede recibir cárcel por un término no mayor de un año o una multa no mayor de \$1,000, o ambas, según establece el ORS 656.990(1).

Si tiene alguna pregunta acerca de su reclamación que no haya sido resuelta por su empleador o compañía aseguradora, puede ponerse en contacto con:

División de Compensación para Trabajadores

Workers' Compensation Division

PO Box 14480, Salem, OR 97309-0405

Llame en Salem: (503) 947-7585 or (503) 947-7993 TTY

Llame gratis en Oregon: 1-800-452-0288

O

Ombudsman para Trabajadores Lastimados

Ombudsman for Injured Workers

350 Winter St. NE, Salem, OR 97301-3878

(503) 378-3351 or (503) 947-7189 TTY

o Llame gratis, 1-800-927-1271

Notificación al Trabajador y al Médico Primario o Enfermera(o) Practicante

Agravación es el empeoramiento de una condición resultada de la lesión original. Un Formulario 827s debe ser firmado por el médico primario y enviado al asegurador dentro de cinco días de la visita.

Un proveedor de servicio médico que puede ser primariamente responsable por el tratamiento de un trabajador lesionado puede ser un doctor médico, o enfermera(o) practicante autorizada(o).

Proveedor de servicio médico no significa una persona que provee tratamiento de emergencia, tratamiento de turno (on-call), consulta o segunda opinion; cuidado de un especialista; exámenes a petición de la aseguradora o la División de Compensación para Trabajadores; o exámenes como un "examen médico a petición del trabajador" bajo ORS 656.325 (compensabilidad).

Cuidado Paliativo es un servicio médico que puede reducir o moderar temporalmente la intensidad de la condición que de otra manera sería una condición médicamente estacionaria (medically stationary). El médico debe adjuntar un plan para cuidado paliativo, el mismo que deberá incluir el nombre de la persona que suministrará el cuidado, modalidades ordenadas, frecuencia, y duración (**sin exceder 180 días**); y una descripción de como el cuidado solicitado se relaciona con la condición compensable, y cómo facilitará que el trabajador continúe con el presente empleo o con el entrenamiento vocacional, y cualquier posible efecto adverso en el empleado si es que el cuidado requerido no es aprobado. La aseguradora tiene **30 días** para responder por escrito a la petición. Con la aprobación de la aseguradora, el cuidado paliativo es compensable si es necesario para facilitar que el empleado continúe con el presente trabajo o programa de entrenamiento vocacional. Si es que la aseguradora no aprueba, el proveedor de servicio médico o el trabajador podrán solicitar aprobación del Director del Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios. Dicha petición debe ser hecha dentro de **90 días** a partir de la desaprobación de la compañía aseguradora, o dentro de **120 días** a partir de la fecha en que la petición fue presentada a la aseguradora por primera vez, si es que la aseguradora no respondiera dentro de **30 días**. El tratamiento paliativo podrá comenzar antes de la aprobación de la aseguradora; sin embargo si el cuidado paliativo no es aprobado, la aseguradora podrá rechazar el pago de dicho tratamiento. **NOTA:** Los siguientes tipos de cuidado médico **NO** son considerados como cuidado paliativo y **SON** compensables sin la previa aprobación de la aseguradora después de que la condición de un trabajador se vuelve médicamente estacionaria, estos son: servicios provistos a un trabajador incapacitado total y permanentemente, administración y monitoreo de prescripciones médicas; servicios necesarios para proveer o monitorear dispositivos prostéticos, dispositivos ortodónticos (braces) y soportes; servicios provistos bajo un reclamo de agravación (ORS 656.273); servicios provistos para reclamaciones reabiertas bajo Moción Propia de la Junta (ORS 656.278); servicios de diagnóstico; tratamientos para preservar la vida; cuidados curativos para estabilizar el aumento y disminución de síntomas temporales y agudos de las condiciones aceptadas.

Trabajo regular significa el trabajo que el trabajador mantenía al momento de la lesión.

Notice to worker

Important information about your social security number (SSN)

1. You must provide your SSN. The Workers' Compensation Division (WCD) of the Department of Consumer and Business Services (DCBS) has authority to request your SSN under the Privacy Act of 1974, 5 USC & 552a (West 1977), Section 7(a)(2)(B). Authority under state law is provided in Oregon Revised Statutes 656.254 and 656.265. Your SSN will be used by DCBS to carry out its duties under ORS Chapter 656, which include compliance, research, claims processing, and injured worker program administration. The workers' compensation insurer will use your SSN to obtain records related to your claim.
2. If you are filing this 827 form as a "First report of injury or disease," your authorization for the use of your SSN is also requested for use by various government agencies to carry out their statutory duties, including, but not limited to, planning, research, child support enforcement, employment assistance, benefit coordination, child labor law enforcement, risk management, hazard identification, rate setting, and training programs. If you do not authorize this use, please check the box on the front of this form under "First report of injury or disease." Checking this box will not interfere with the processing of your workers' compensation claim.

Authorization to release medical records

3. By signing this 827, you are authorizing medical providers and other custodians of claim records to release records related to the injury or disease claimed on this 827 per ORS 656 and OAR 436. Medical information relevant to the claim includes a past history of the complaints of, or treatment of, a condition similar to that presented in the claim or other conditions related to the same body part.

Caution against making false statements

4. Any person who knowingly makes any false statement or representation for the purpose of obtaining any benefit or payment is punishable, upon conviction, by imprisonment for a term of not more than one year or by a fine of not more than \$1,000, or by both per ORS 656.990(1).

If you have questions about your claim that are not resolved by your employer or insurer, you may contact:

(Si Ud. tiene alguna pregunta acerca de su reclamación que no haya sido resuelta por su empleador o compañía aseguradora, puede ponerse en contacto con):

Workers' Compensation Division

(División de Compensación para Trabajadores)

PO Box 14480, Salem, OR, 97309-0405

Call Salem: (503) 947-7585 or (503) 947-7993 TTY OR

Toll-free in Oregon: 1-800-452-0288

Ombudsman for Injured Workers

(Ombudsman para Trabajadores Lastimados)

350 Winter Street NE, Salem, OR 97301-3878

(503) 378-3351 or (503) 947-7189 TTY

or toll-free, 1-800-927-1271

Notice to worker and physician or nurse practitioner

Aggravation is the actual worsening of a condition resulting from the original injury. Form 827 must be signed by the attending physician and sent to the insurer within five days of visit.

A medical service provider who can be *primarily responsible* for the treatment of an injured worker may be either a doctor, physician, or an authorized nurse practitioner.

Primarily responsible medical service provider does not mean a person who provides emergency room treatment, "on-call" treatment, consultation or second opinion; specialist care; exams done at the request of the insurer or the Workers' Compensation Division; or exams done as "worker-requested medical examinations" under ORS 656.325 (compensability).

Palliative care is a medical service that may reduce or moderate temporarily the intensity of an otherwise stable (medically stationary) condition. The physician must attach a palliative care plan, which must include the name of the provider who will render the care, modalities ordered, frequency, and duration (**not to exceed 180 days**) and a description of how the requested care relates to the compensable condition, how it will enable the worker to continue current employment or vocational training, and any possible adverse effects on the worker if the requested care is not approved. The insurer has **30 days** to respond in writing to the request. With the approval of the insurer, palliative care is compensable if it is necessary to enable the worker to continue current employment or a vocational training program. If the insurer does not approve, the medical service provider or the worker may request approval from the Director of the Department of Consumer and Business Services; such request must be made within **90 days** of the insurer's disapproval, or within **120 days** of the date the request was first submitted to the insurer if the insurer did not respond within **30 days**. Palliative treatment may begin prior to insurer approval; however, if the requested care is ultimately disapproved, insurer payment for such treatment may be disallowed. The following types of medical care are NOT palliative care and ARE compensable after the worker is medically stationary, without the insurer's prior approval: services provided to a permanently and totally disabled worker; administration and monitoring of prescription medications; services necessary to provide or monitor prosthetic devices, braces, and supports; services provided under an aggravation claim (ORS 656.273); services provided for claims reopened under the board's own motion (ORS 656.278); diagnostic services; life-preserving treatments; and curative care to stabilize a temporary and acute waxing and waning of symptoms of the accepted conditions.

Regular work means the job the worker held at the time of the injury.