

English	Spanish
the basics	Principios fundamentales
Workers' compensation	La compensacion de los trabajadores
A work injury	una lesion en el trabajo
the employer	el empleador
Workers' compensation benefits	prestaciones de compensacion de los trabajadores
Benefits	Prestaciones
car accident	un accidente automovilistico
Permanent disability benefits	una prestacion por incapacidad total
Temporary disability benefits	una prestacion por incapacidad temporal
medical care	atencion medica
suplimental job displacement benefits	presacion complementaria por la perdida del trabajo
retraining	recapitacion
my regular doctor	mi doctor habitual
predesignation	designacion previa
a written statement	una declaracion escrita
an employee	un empleado
date of injury	la fecha de la lesion
health coverage	un seguro medico
rules	reglas
a health care organization	una organizacion de atencion medica
medical expenses	los gastos de atencion medica
to sue	demandar
minimum payments	pagos minimos
maximum payments	pagos maximos
weekly pay	pago semanal
information and assistance officer	un funcionario de informacion y asistencia
to file a claim	presentar un reclamo
to refer	remitir
lost wages	salarios perdidos
work tasks	tareas laborales
state disability insurance SDI	seguro estatal por incapacidad
unemplpoment insurance	seguro por desempleo
employment development department EDD	departamento del desarrollo del empleo
social security administation	administracion de seguro social
long term disability insurance	seguro por incapacidad a largo plazo
keeping track of your claim	hacer un seguimiento de su reclamo
medical bills	facturas medicas
Division of Workers Comp	Division de Compensacion de los trabajadores
to advise	asesorar
to close a case	resolver un caso
close a case with future medical	resolver un caso con acuerdo de atencion medica futura
medical chart	expediente
I don't agree with a medical report written by my primary treating physician or other treating doctor. What can I do?	¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con un informe médico redactado por el médico de atención primaria o por otro médico tratante?
to write a report	redactar un informe

Injured worker's name /
Nombre de la persona lesionada

Claim number / Número de reclamo

Medical mileage expense form
Formulario de gastos de viajes para asuntos médicos

If you have to travel to get treatment for your work injury, you are entitled to re-payment of your travel costs. The mileage rate is 62.5 cents (\$0.625) per mile. Mileage for reasonable travel to the pharmacy, parking, bridge tolls, public transportation and other travel-related costs are also included. Complete this form. Attach receipts. Send the original to the insurance company and keep a copy. **Do not** send the original or a copy to the local Workers' Compensation Appeals Board (WCAB) or the information and assistance officer. If your travel costs are not paid within 60 days, contact the information and assistance officer.

Si tiene que viajar para recibir tratamiento por una lesión en el trabajo, usted tiene derecho a recibir un reembolso de 62.5 centavos (\$0.625 por milla. Millas por un viaje de distancia razonable a la farmacia, estacionamiento, pago de peajes, transporte público y otros viajes y costos relacionados están también incluidos. Complete este formulario y adjunte los recibos. Envíe la forma original a la compañía de seguros y guarde una copia. **No envíe** el original o la copia a la oficina local de la Junta de Apelaciones de Compensación del Trabajador (WCAB). Si sus gastos de viajes no son pagados dentro de 60 días, llame al representante de información y asistencia.

Date/ Fecha	Traveled from (include address) Viajó desde (incluya dirección)	Traveled to (include name and address of doctor, hospital, therapist, etc.) Viajó a (incluya nombre y dirección del médico, hospital, terapeuta, etc.)	Round trip mileage/ Millas del viaje entero	Parking/ Estacionamiento	Tolls/ Peajes
Sample: 07/01/22	Sample: 1515 Maple, San Francisco	Sample: Dr. Sherman, 190 Oak, San Francisco	Sample: 14 mi	Sample: \$2.50	Sample: \$
California law requires the following to appear on this form: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.		Total miles / Número de millas viajadas en total		x \$0.625 / mile =	\$
				Total parking/Estacion- amiento pagado en total	\$
				Total tolls/Peajes pagados en total	\$
				Total reimbursement requested / Reembolso solicitado en total	\$
Las Leyes de California establecen que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente reclamos falsos o fraudulentos para el pago de una pérdida, es culpable de un delito y podría ser sujeto a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.		Signature / Firma			
		Printed name / Imprima su nombre			
		Date / Fecha			