

Envíe la copia llena por correo o fax a:  
 Department of Labor and Industry  
 Workers' Compensation Division  
 PO Box 64221  
 St. Paul, MN 55164-0221  
 (651) 284-5032 or 1-800-342-5354  
 Fax: (651) 284-5731

## Informe de Progreso del Plan (Plan Progress Report – Spanish version)



PR01

Escriba con tinta, usando letra de molde, o con máquina de escribir.  
 Escriba las fechas en el formato MM/DD/AAAA.

NO USE ESTE ESPACIO

1. Fecha de este informe						
2. Número de seguro social o WID		3. Fecha de la lesión				
4. Nombre del empleado						
5. Dirección del empleado						
Ciudad		Estado	Código postal	6. Fecha de la consulta de rehabilitación		
7. Nombre del empleador			8. Persona de contacto del empleador		9. Teléfono	
10. Número de reclamación del asegurador			15. Nombre del QRC			
11. Asegurador/Auto-asegurador/Administrador tercero			16. Nombre de la firma del QRC			
12. Dirección del asegurador			17. Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
13. Representante de reclamaciones		14. Teléfono	18. No. del QRC	19. No. de la firma del QRC	20. Teléfono	
21. ¿Se le ha permitido al empleado regresar al trabajo?				Fecha del informe médico		
	<input type="checkbox"/> Sí,	con restricciones	<input type="checkbox"/> Sí,	sin restricciones	<input type="checkbox"/> No	
22. Situación de trabajo actual:				Si está trabajando, ¿es éste un trabajo temporal?		
	<input type="checkbox"/> No está	<input type="checkbox"/> A tiempo	<input type="checkbox"/> A tiempo	<input type="checkbox"/> Cesantía de	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	trabajando	parcial	completo	temporada		
23. ¿Es el plan todavía actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
24. Costos		Costos del plan a la fecha	+ Otros costos necesarios para concluir el plan	= Costo total estimado		
		<input type="text"/>		<input type="text"/>		
25. Duración del plan desde la fecha en que se presentó el plan (en semanas)		Duración a la fecha	+ Duración adicional esperada para concluir el plan	= Duración total estimada		
		<input type="text"/>		<input type="text"/>		
26. ¿Existen barreras para que se complete exitosamente el plan de rehabilitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
De existir, indíquelas en una hoja por separado con las medidas a tomarse para sobreponer dichas barreras, y adjunte la hoja a este formulario.						
Firma del QRC		Fecha	Firma del Supervisor del Pasante QRC		Fecha	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Este formulario debe presentarse 6 meses después de haberse presentado el formulario R-2 (a menos que el formulario R-3 se presente 15 días antes o después de que hayan pasado 6 meses desde la fecha en que se presentó el formulario R-2). Véase las Reglas de Minnesota 5220.0450, inciso 3 A. Envíe copias al empleado, asegurador y abogado(s). Envíe una copia al empleador de la fecha de lesión si la meta del plan de rehabilitación es que regrese a trabajar con ese empleador.

**ESTE MATERIAL ESTÁ A SU DISPOSICIÓN EN DIFERENTES FORMAS, TALES COMO LETRA GRANDE, BRAILLE O AUDIO. PARA SOLICITARLO LLAME AL (651) 284-5032 O AL 1-800-342-5354.**

**CUALQUIER PERSONA QUE, CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR, RECIBA BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES ACCIDENTADOS EN EL TRABAJO A LOS QUE DICHA PERSONA NO TENGA DERECHO, HACIENDO A SABIENDAS DECLARACIONES FALSAS O ENGAÑOSAS O NO REVELANDO CUALQUIER HECHO ESENCIAL, ES CULPABLE DE ROBO Y SERÁ SENTENCIADA DE ACUERDO CON LA SECCIÓN 609.52, INCISO 3.**