



# Informe de Prueba Positiva de COVID-19

Por favor, descargue y complete un informe por cada prueba COVID-19 positiva. Envíelo por correo electrónico a [COVID@scif.com](mailto:COVID@scif.com) o por fax al (800) 325-1284.

Nota: Este informe no genera un reclamo, ni un reclamo puede considerarse un informe. Para presentar un reclamo, entre en [www.StateFundCA.com](http://www.StateFundCA.com) o envíe por fax el [Formulario de Reclamo del Empleado \(DWC-1\)](#) completo y/o el [Primer Informe de Lesiones del Empleador](#) al (800) 371-5905. Llame al (888) 782-8338 para obtener más información.

## Visión General

Si tiene conocimiento de que un empleado ha dado positivo para COVID-19 el 6 de julio de 2020 o después, debe informarlo a su administrador de reclamos (Código Laboral de California, Artículo 3212.88).

Los resultados positivos de la prueba de COVID-19 del 17 de septiembre de 2020 o después, deben informarse a su administrador de reclamos dentro de los 3 días hábiles a partir del conocimiento (o cuando razonablemente debería haber sido conocido).

## Información de la Póliza

Nombre de la póliza (tal como figura en la póliza): \_\_\_\_\_ N° de póliza: \_\_\_\_\_

Número de empleados: \_\_\_\_\_ Contacto principal: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ Correo electrónico de contacto: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

## Información sobre el resultado de la prueba COVID-19

**Número de identificación del empleado:** \_\_\_\_\_

Este es su número de identificación interno. No incluya en este informe ningún dato de identificación personal (como Número de Seguro Social, Fecha de Nacimiento, etc.).

**Fecha de la prueba COVID-19 positiva:** \_\_\_\_\_

Es la fecha de toma de muestra. La prueba debe ser una reacción en cadena de la polimerasa (PCR, por sus siglas en inglés) u otra prueba viral aprobada por la FDA. Las pruebas serológicas (anticuerpos) no son una prueba viable.

**Fecha de notificación al empleador del resultado positivo de la prueba de COVID-19:** \_\_\_\_\_

**Fecha en que el empleado trabajó por última vez antes del resultado positivo de la prueba de COVID-19:** \_\_\_\_\_

**¿Se ha presentado un reclamo de compensación de los trabajadores para el empleado?**  No  Sí. N° de Reclamo: \_\_\_\_\_

## Registro de ubicación de empleados

Enumere **todas** las ubicaciones donde el empleado trabajó bajo su dirección durante el período de 14 días anterior al resultado positivo de la prueba (*incluya el edificio, la tienda, la instalación o el campo agrícola donde trabajó el empleado*).

**Ubicación:** Dirección postal, incluido el número de local y/o edificio, ciudad, estado y código postal de la ubicación de trabajo.

**N° Máximo:** Número máximo diario de empleados en cada ubicación.

- Si el resultado positivo se produjo a partir del 17 de septiembre de 2020, introduzca el número máximo diario de empleados en los 45 días anteriores al último día que trabajó el empleado.
- Si el resultado positivo se produjo entre el 6 de julio de 2020 y el 16 de septiembre de 2020, introduzca el número máximo diario de empleados durante ese período.

**Orden de Cierre:** Si un departamento local de salud pública, el Departamento Estatal de Salud Pública, la División de Seguridad y Salud Ocupacional, un superintendente escolar, un rector de distrito de colegio comunitario o un presidente de escuela ordenó el cierre de una ubicación debido al riesgo de infección por COVID-19, quién ordenó el cierre y cuándo.

Ubicación	N° Máximo	Orden de Cierre
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Fecha de la orden: _____ Orden por: _____
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Fecha de la orden: _____ Orden por: _____
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Fecha de la orden: _____ Orden por: _____
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Fecha de la orden: _____ Orden por: _____
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Fecha de la orden: _____ Orden por: _____
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Fecha de la orden: _____ Orden por: _____
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Fecha de la orden: _____ Orden por: _____

Nombre (Letra de molde) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Enviar su informe

Envíe su informe completo por correo electrónico a [COVID@scif.com](mailto:COVID@scif.com) o por fax al (800) 325-1284.

Para obtener más información sobre el SB1159, consulte nuestras

[Preguntas Frecuentes sobre el Proyecto de Ley del Senado 1159](#) en [www.StateFundCA.com](http://www.StateFundCA.com)