

# Informe de estado de servicio

# Departamento de Trabajo de EE. UU.

Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores



Este formulario se proporciona para obtener un informe del estado de servicio del empleado que se nombra a continuación. Esta solicitud no constituye una autorización de pago de gastos médicos por parte del Departamento de Trabajo ni invalida ninguna autorización que se haya emitido antes en este caso. Esta solicitud de información está autorizada por ley (artículo 8101 y siguientes del Título 5 del Código de EE. UU.) y es necesaria para obtener o retener un beneficio. La información recopilada se manejará y almacenará de conformidad con la Ley de Libertad de Información, la Ley de Privacidad de 1974 y la Circular A-130 de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por su siglas en inglés). Las personas no están obligadas a responder a esta recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido.

OMB No. 1240-0046  
Fecha de vencimiento: 08/31/2026

Número de archivo de la OWCP  
(Si se conoce)

### LADO A - Supervisor: Complete este lado y derive al médico

### LADO B - Médico: Complete este lado

1. Nombre del empleado (apellido, nombre, segundo nombre)

8. ¿La historia de la lesión que le dio el empleado corresponde con la que aparece en el punto 5?  Sí  No (Si no, describa)

2. Fecha de la lesión (mes, día, año) | 3. Número de seguro social

4. Ocupación:

9. Descripción de los hallazgos clínicos

5. Describa cómo ocurrió la lesión e indique las partes del cuerpo afectadas

10. Diagnóstico(s) debido(s) a la lesión | 11. Otras condiciones discapacitantes

6. El empleado trabaja  
Horas por día | Días por semana

12. ¿Se le ha indicado al empleado que vuelva a trabajar?  
 Sí, indicar fecha  No

7. Especifique los requisitos laborales usuales del empleado. Verifique si el empleado lleva a cabo estas tareas o está expuesto continua o intermitentemente e indique la cantidad de horas.

13. ¿El empleado puede hacer el trabajo normal descrito en el lado A?  
 Sí. De ser así  Tiempo completo  tiempo parcial \_\_\_\_ Horas por día  
 No. Si no, complete a continuación:

Actividad	Continua		Intermitente	Continua		Intermitente
	Cant. de libras	Cant. de libras		Cant. de libras	Cant. de libras	
a. Levantar y cargar objetos: Indicar peso máx.			Horas por día			Horas por día
b. Sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día
c. De pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día
d. Caminando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día
e. Trepando/subiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día
f. De rodillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día
g. Agachándose / inclinándose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día
h. Torciéndose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día
i. Jalando / empujando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día
j. Agarre simple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día
k. Manipulación fina (incluye teclado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día
l. Estirándose hacia arriba Hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día
m. Conduciendo un vehículo (Especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día
n. Operando maquinaria (Especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día
o. Temp. extremas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ rango en grados F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ rango en grados F
p. Humedad alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día
q. Sustancias químicas, solventes, etc (Identificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día
r. Gases / polvo (identificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horas por día
s. Ruido (indicar dBA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dBA Horas por día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dBA Horas por día

t. Otros (Describir)

14. ¿Las relaciones interpersonales se ven afectadas a causa de una condición neuropsiquiátrica? (p. ej., habilidad de supervisar o ser supervisado, cumplir con plazos de entrega, etc.)  
 Sí  No (describir)

Si tiene una discapacidad y necesita asistencia para comunicarse (como formatos alternativos o interpretación de lengua de signos), adaptaciones y/o modificaciones, comuníquese con la OWCP. Vea las instrucciones para el formulario de solicitud de adaptaciones o asistencia y servicios auxiliares

15. Fecha del examen | 16. Fecha de la próxima cita  
17. Especialidad | 18. Número de identificación fiscal  
19. Firma del médico | 20. Fecha

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL INFORME DE ESTADO DE SERVICIO (CA-17\_ES)

**SUPERVISOR:** Complete el lado A y envíele el formulario al médico para completar el lado B. Complete la dirección de la agencia empleadora y envíe una copia de este informe a la dirección de la OWCP indicada a continuación. Ingrese el número de archivo de la OWCP en la esquina superior derecha.

**MÉDICO:** Complete el lado B y devuelva el formulario a la agencia empleadora en un plazo de 2 días para evitar la interrupción de los ingresos del empleado. Complete su nombre y dirección.

### Nombre y dirección del centro médico

---

---

---

### Envíe el informe original a:

Dirección de la agencia empleadora

---

---

---

### Envíe una copia de este informe a:

**Office of Workers' Compensation Programs  
Division of Federal Employees', Longshore and Harbor Workers' Compensation  
Federal Employees' Compensation Act  
(OWCP/DFELHWC-FECA) PO Box 8311  
London, KY 40742-8311**

### Certificación

Al firmar el espacio 19 en la parte delantera de este formulario, el médico certifica lo siguiente:

Certifico que todas las afirmaciones en respuesta a las preguntas hechas en este formulario ca-17 son verdaderas, completas y correctas a mi leal saber y entender. Además, entiendo que cualquier afirmación falsa o engañosa hecha a sabiendas o declaración falsa u ocultamiento de un hecho importante puede causar un procesamiento penal.

Además entiendo que esta solicitud no constituye una autorización de pago de gastos médicos por parte del Departamento de Trabajo ni invalida ninguna autorización previa emitida en este caso.

### Aviso

Solicitudes de adaptaciones o asistencias y servicios auxiliares

Si usted tiene una discapacidad, la ley federal le otorga el derecho de recibir asistencia de la OWCP a través de asistencias de comunicación, adaptaciones y/o modificaciones para ayudarle en el proceso de reclamo. Por ejemplo, le brindaremos copias de documentos en formatos alternativos, servicios de comunicación como interpretación en lengua de signos u otros tipos de ajustes o cambios para adaptarnos a su discapacidad. Comuníquese con nuestra oficina o con su examinador de reclamos de la OWCP para preguntar sobre esta asistencia..

## **Declaración de la Ley de Privacidad**

De acuerdo con la Ley de Privacidad de 1974, según la enmienda (artículo 552a del Título 5 del Código de EE. UU.), por la presente se le notifica que: (1) La Ley de Compensación de Empleados Federales (FECA, por sus siglas en inglés), según ha sido modificada y extendida (artículos 8101 y siguientes del Título 5 del Código de EE. UU.) (FECA) es administrada por la Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores del Departamento de Trabajo de EE. UU., que recibe y mantiene información personal de los reclamantes y sus familiares inmediatos. (2) La información que tiene la oficina se usará para determinar la elegibilidad para los beneficios y los montos a pagar conforme a la FECA y puede verificarse mediante búsquedas informáticas u otros medios apropiados. (3) Es posible que se brinde la información a la agencia federal que empleaba al reclamante en el momento de la lesión para verificar las afirmaciones hechas, responder preguntas sobre el estado del reclamo, verificar la facturación y considerar asuntos relacionados con la retención, recontractación y otros asuntos relevantes. (4) Es posible que también se provea información a otras agencias federales, entidades del gobierno, y a agencias del sector privado y/o empleadores como parte de programas y servicios de rehabilitación o regreso al trabajo. (5) Es posible que se divulgue información a médicos y a otros proveedores de atención médica para su uso en el tratamiento o la rehabilitación médica / vocacional, hacer evaluaciones para la oficina o para otros propósitos relacionados con la administración médica del reclamo. (6) Se le podrá dar información a agencias federales, estatales y locales para propósitos de imposición de la ley, para obtener información relevante a una decisión conforme a la FECA, para determinar si los beneficios se están pagando apropiadamente, incluyendo si se están haciendo pagos duplicados prohibidos, y, cuando sea apropiado, para hacer actividades de compensación salarial / administrativa y cobro de deudas requeridas o permitidas por la FECA y/o la Ley de Cobro de Deudas. (7) Este formulario exige la divulgación del número de seguro social (SSN) del reclamante o su número de identificación fiscal (TIN). El SSN y/o TIN y otra información mantenida por la oficina, se usarán para fines de identificación, para apoyar la labor de cobro de deudas realizada por el gobierno federal y para otros fines requeridos o autorizados por la ley. (8) La falta de divulgación de toda la información solicitada puede atrasar el procesamiento del reclamo o el pago de beneficios y puede causar una decisión desfavorable o beneficios de nivel reducido.

## **Declaración de carga pública**

De conformidad con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a esta recopilación de información a menos que incluya un número de control válido de la OMB. Se estima que la carga de información pública para esta recopilación de información es de un promedio de 5 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Debe responder a esta recopilación para obtener o retener un beneficio de conformidad con los artículos 8101 y siguientes del Título 5 del Código de EE. UU. Puede enviar comentarios sobre el estimado de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluso sugerencias para reducir esta carga, a: U.S. Department of Labor, Office of Workers' Compensation Programs, Room S-3229, 200 Constitution Avenue, NW, Washington, DC 20210, y mencionar el número de control de la OMB 1240-0046. Nota: No envíe el formulario completado a esta oficina.