



COMPENSACION DE TRABAJADORES REPORTE DEL EMPLEADO DE UNA LASTIMADURA DE TRABAJO

Se debe llenar éste formulario cuando se lastima un empleado durante el transcurso del empleo. Llene éste reporte de accidentes dentro de 24 horas después de haber sufrido una lastimadura relacionada con el trabajo, y mande éste formulario a la Especialista del Manejo de Riesgos en el Edificio de Administración., junto con una copia firmada del formulario llamado Elección del Empleado de Proveedor Médico de Compensación de Trabajadores. (Fax # 348-6034)

SECCION DEL EMPLEADO: POR FAVOR LLENE CADA ESPACIO:

Nombre: _____ Número de Seguro.: _____
Primer Segundo Inicial Apellido

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Estado Matrimonial: _____ Mujer Hombre

Domicilio: _____ Teléfono: _____
Ciudad y Código Postal

Asignatura de Trabajo: _____ Edificio de Asignatura: _____

Nu. de hrs trabajadas al día: ____ Nu. de días trabajadas por semana: ____ Horario comienza a las ____ Termina a las ____

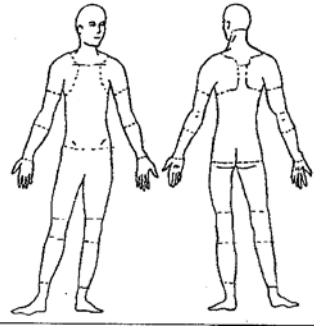
INFORMACION DE LA LASTIMADURA:

Fecha que se lastimó: ____ Hora de la lastimadura ____ (AM o PM) ¿Perdió tiempo en el trabajo por causa de la lastimadura? Sí NO

Si contesto que SI, último día trabajado: ____ Nu. de hrs sin trabajar: ____ Fecha que regresó al trabajo: _____

Describe en DETALLE las circunstancias de cómo y porque sucedió la lastimadura: _____

Describe en DETALLE la lastimadura para incluir las partes específicas del cuerpo afectadas, como derecha o izquierda, etc.: _____



Lugar y Dirección Exacta de la Lastimadura o Accidente: _____

Nombre y Teléfono del Trabajo de Testigos: _____

Información de TERCERA Parte (si acaso involucró un Accidente de Vehículo): _____

¿BUSCO CUIDADO MEDICO PARA ESTA LASTIMADURA? SI NO

SI CONTESTO QUE SI, Escriba el Nombre y Dirección del Médico de Tratamiento para ésta lastimadura: _____

Nombre y Dirección del Hospital si es aplicable: _____

Nombre del Supervisor Inmediato a quien le Notificó: _____ Fecha que le notificó: _____

FIRMA DEL EMPLEADO: _____ FECHA: _____

C.R.S. Sección 10-1-127(7)(a) declara que "Es ilegal conscientemente proveer hechos o información falsa, incompleta, o engañosa a una compañía de seguro con el propósito de defraudar la compañía. Sanciones podrían incluir cárcel, multas, negación de seguro, y daños civiles. Cualquier compañía o agente de una compañía de seguro que conscientemente provee hechos o información falsa, incompleta, o engañosa a un cliente asegurado o demandante con respeto a un acuerdo o premio pagado por de parte de recaudación del seguro será reportado a la División de Seguros de Colorado dentro del departamento de agencias regulatorias."

Después de llenar éste formulario - entréguelo a su supervisor para que el llene la siguiente página. Por favor comuníquese con Pam Stoll, Especialista de Manejo de Riesgos del Distrito, al 348-6113 para hacer su Primero Reporte de Lastimadura.

SUPERVISOR'S SECTION: The supervisor who is notified of the employee's work injury must complete this portion of the accident report.

Did the Accident/Injury occur due to: Failure to obey rules Intoxication Failure to use safety devices
 Not applicable

If NOT APPLICABLE, please explain why not. _____

Was accident/injury investigated? Yes No If YES, name of investigator: _____

Was employee using protective equipment, devices or following safety procedures or established / trained protocols? Yes No
If YES, please identify. _____

If NO, please explain why not. _____

Is employee able to continue with his/her duties? Yes No
If NO, please explain why not. _____

Supervisor's description of condition that led to the accident/injury (environmental, tools/equipment, task being performed). _____

Supervisor's recommendations for preventing future accidents/injuries. _____

SIGNATURE OF SUPERVISOR: _____ DATE: _____

- Supervisors - please be aware of the following.*
- 1. Instruct employee to call Pam Stoll, District Risk Management Specialist, at 348-6113 to file a First Report of Injury EVEN IF NO MEDICAL TREATMENT IS REQUESTED.*
 - 2. Instruct employee to call Pam Stoll, District Risk Management Specialist, at 348-6113 if medical attention is needed - EMPLOYEE MUST SEE OUR WORK COMP PHYSICIAN AND NOT THEIR PERSONAL PHYSICIAN.*
 - 3. Instruct employee to complete the form containing the employee's choice of medical provider. This form should be faxed to Pam Stoll, Risk Management Specialist, at 348-6034 ON THE SAME DAY OF THE REPORT OF INJURY.*
 - 4. Please note that if an employee does not use our designated health care provider for work related injuries, the employee will be responsible for all medical costs incurred. Our regular health insurance WILL NOT provide benefits for work related injuries or accidents.*
 - 5. In an emergency, employees should be sent to the Emergency Room at North Colorado Medical Center, 1801 16th Street. The supervisor should then notify Pam Stoll, District Risk Management Specialist, IMMEDIATELY at 348-6113 to report the injury.*