

REPORTE DEL SUPERVISOR SOBRE LA LESIÓN O ENFERMEDAD

Instrucciones: El supervisor utilizará este formulario para informar todos los reportes de lesiones de trabajo, o sucesos de primeros auxilios (que pudieron haber causado una lesión o enfermedad) no importando cuán leves sean. Esto ayuda a identificar y corregir riesgos antes que estos causen lesiones graves. Este formulario será completado por los supervisores al ser notificados por los empleados acerca de una lesión de trabajo, enfermedad, o "incidente".

TODA LA INFORMACIÓN DEBE CONTESTARSE COMPLETAMENTE

ADVERTENCIA: "EL FRAUDE DE SEGURO DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES ES UN DELITO CASTIGADO POR LA LEY"

INFORMACIÓN DE EMPLEADO	Tipo de trabajo relacionado con el incidente reportado: <input type="checkbox"/> Lesión <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Primeros auxilios								
	Ubicación:	Estado:	Departamento: Teléfono: ()						
	Nombre de empleado:		Fecha de nacimiento: / / Número de empleado:						
	Dirección:	Ciudad:	Estado: Zip:						
	Seguro social:	Casado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Edad:						
	Puesto de trabajo:		Tiempo de trabajo en la empresa (años):						
	Salario por hora:		Trabajo Que estaba haciendo cuando se lastimo:						
	Fecha de accidente:	Hora de accidente:	Otro involucrado en accidente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
	Divulgación de información médica								
	<p>Certifico que la información arriba es correcta por lo que me consta y autorizo la divulgación a mi empleador y a LWP Claims Solutions, Inc., de todos los registros relevantes a mi discapacidad y a mi reclamo de beneficios por incapacidad o compensación de trabajadores, que incluyen, pero no se limitan a, el diagnóstico médico, pronóstico, tratamiento y periodos de hospitalización. Se entiende que la Compañía utilizará la información para verificar mi discapacidad y determinar mi elegibilidad para los beneficios apropiados. Esta autorización se aplica a los médicos y otros proveedores de atención médica, hospitales y clínicas, compañías de seguros, aseguradoras de compensación de trabajadores, y organizaciones que administran programas de beneficios. Esta autorización se mantendrá abierta durante mi reclamo de beneficios de compensación de trabajadores. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como la original.</p>								
Firma de empleado: _____		Fecha: _____							
SUPERVISOR	DETALLES DEL INCIDENTE								
	Fecha del incidente: / /	Hora del incidente: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	Fecha reportada: / /						
	Turno: <input type="checkbox"/> Cementerio <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Otro:	¿Estaba en tiempo extra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
	Ubicación del incidente (área específica):		¿Comenzó el cambio de turno en propiedad del patrón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
	Testigos del incidente:								
	¿Perdió tiempo el empleado debido a la lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Se le dio Primeros Auxilios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
	Fecha en que el trabajador dejó el trabajo: / /	Hora en que el trabajador se retiró:	Date worker returned to work: / /						
	Completar si aplica (si se busca atención médica, completar Formulario de Estado)								
	Nombre de hospital:		Nombre de médico:						
	¿Autorizó el médico una incapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, fecha y hora del seguimiento: / /						
	¿Autorizó el médico una incapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, ¿cuántos días?						
	Tratamiento dado:	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Yeso	<input type="checkbox"/> Irrigación <input type="checkbox"/> Suturas					
		<input type="checkbox"/> Ortesis	<input type="checkbox"/> Venda Ace	<input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Extracción de objeto extraño					
		<input type="checkbox"/> Antitetánica	<input type="checkbox"/> Otro:						
	TIPO DE LESIÓN – MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN								
<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Ojo	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Cadera	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Pies	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha
<input type="checkbox"/> Cara	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Muslo	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Costillas	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha
<input type="checkbox"/> Nariz	<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Rodilla	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Dedo	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Pierna	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Torso	
<input type="checkbox"/> Piel	<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Tobillo	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Otro:		
<input type="checkbox"/> Piel	<input type="checkbox"/> Dedo (cuál):			<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Baja			

SUPERVISOR

TIPO DE LESIÓN – MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN

<input type="checkbox"/> Abrasión	<input type="checkbox"/> Fractura	<input type="checkbox"/> Objeto extraño	<input type="checkbox"/> Sin lesión física		
<input type="checkbox"/> Laceración	<input type="checkbox"/> Dislocación	<input type="checkbox"/> Inflamación	<input type="checkbox"/> Conmoción		
<input type="checkbox"/> Punción	<input type="checkbox"/> Dermatitis	<input type="checkbox"/> Inhalación	<input type="checkbox"/> Choque eléctrico		
<input type="checkbox"/> Amputación	<input type="checkbox"/> Envenenamiento:	<input type="checkbox"/> Químico	<input type="checkbox"/> General	<input type="checkbox"/> Esguince	<input type="checkbox"/> Trastornos respiratorios
<input type="checkbox"/> Aplastamiento	<input type="checkbox"/> Quemadura:	<input type="checkbox"/> Químico	<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Esguince	<input type="checkbox"/> Trastorno mental
<input type="checkbox"/> Hernia	<input type="checkbox"/> Exposición:	<input type="checkbox"/> Frío	<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Muerte	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Todas (describir):					

INVESTIGACIÓN

Fecha de investigación: / /	Persona a cargo de la investigación:		
Supervisor del empleado (escribir nombre):	Teléfono del supervisor: ()		
¿Quién era el jefe directo al momento de la lesión?			
¿Estaba el empleado entrenado en dicha tarea?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, explique:	
¿Se violaron códigos / reglas de seguridad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, explique:	
Equipo involucrado:	Tipo:	Modelo:	Fabricante:

CAUSA DE LESIÓN – MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN

<input type="checkbox"/> Químicos	<input type="checkbox"/> Edificio / Estructuras	<input type="checkbox"/> Herramientas manuales no eléctricas	<input type="checkbox"/> Materia extraña (cuerpo)		
<input type="checkbox"/> Vehículos	<input type="checkbox"/> Agentes infecciosos	<input type="checkbox"/> Herramientas manuales eléctricas	<input type="checkbox"/> Objetos afilados		
<input type="checkbox"/> Transportadores	<input type="checkbox"/> Muebles / Accesorios	<input type="checkbox"/> Llama / Fuego / Humo	<input type="checkbox"/> Objetos voladores		
<input type="checkbox"/> Máquinas	<input type="checkbox"/> Objetos cayendo / volando	<input type="checkbox"/> Escaleras	<input type="checkbox"/> Animal / Insecto		
<input type="checkbox"/> Avión	<input type="checkbox"/> Eléctrico	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Pisando, NOC	<input type="checkbox"/> Resbalón / Tropiezo / Caída
<input type="checkbox"/> Motor, NOC	<input type="checkbox"/> Objeto / Sustancia	<input type="checkbox"/> Caliente	<input type="checkbox"/> Frío	<input type="checkbox"/> Ruido	<input type="checkbox"/> NOC acumulado
<input type="checkbox"/> Otro – Varios, NOC:					

CAUSA DE INCIDENTE – MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN

<input type="checkbox"/> Bromas pesadas	<input type="checkbox"/> Manejo inadecuado de materiales	<input type="checkbox"/> Falla de equipo	<input type="checkbox"/> Exceso de velocidad
<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Superficie resbaladiza, mojada, y desigual	<input type="checkbox"/> Falta de atención	<input type="checkbox"/> Falla de proceso
<input type="checkbox"/> Falta de limpieza	<input type="checkbox"/> Otro:		

ANÁLISIS

Descripción de incidente:

PASOS PARA PREVENIR UN EVENTO PARECIDO – MARQUE Y EXPLIQUE TODAS LAS QUE APLICAN

<input type="checkbox"/> Instrucción de refuerzo para empleado involucrado	<input type="checkbox"/> Acción disciplinaria formal
<input type="checkbox"/> Instrucciones restantes de todos los empleados	<input type="checkbox"/> Instalación de dispositivo de protección
<input type="checkbox"/> Equipo de protección personal requerido	<input type="checkbox"/> Asesoramiento de empleado

Comentarios:

Firma de supervisor: _____

Fecha: _____