

Envíe por fax el formulario llenado al 512.471.7008

**Información sobre el empleado (para que lo complete el empleado)**

Nombre: \_\_\_\_\_ EID: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_

Turno laboral (por ejemplo, 9 a. m. a 5 p. m.): \_\_\_\_\_ Idioma de preferencia: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino Estado civil:  Soltero  Separado  Divorciado  Viudo  Casado

Núm. de hijos dependientes: \_\_\_\_\_ Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

Raza:  Blanca  Negra  Asiática  Otra Origen étnico:  Hispano  Nativo americano  Otro

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Información sobre el incidente (para llenado por parte del empleado)**

Fecha del incidente: \_\_\_\_\_ Hora del incidente: \_\_\_\_\_  a. m.  p. m. Fecha del informe: \_\_\_\_\_

Edificio: \_\_\_\_\_ Piso/sala: \_\_\_\_\_ Área de trabajo: \_\_\_\_\_

¿Qué estaba haciendo en el momento del incidente? \_\_\_\_\_

Describa de manera breve y exacta lo que causó la enfermedad/lesión (por ejemplo, se resbaló en el piso húmedo y se cayó, etc.): \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de lesiones le causó (seleccione todas las que correspondan)?

Cortada (laceración)  raspón (abrasión)  moretón (contusión)  pinchazo (punción)  choque  piquete  esguince/distensión  
 resbalón/tropezón/caída  otro (describa su lesión) \_\_\_\_\_

¿Qué se lesionó? (por ejemplo, el dedo anular izquierdo, la cadera derecha, etc.) \_\_\_\_\_

¿Había testigos?  No  Sí (anote el nombre, número telefónico y correo electrónico de cada uno de los testigos) \_\_\_\_\_

¿Buscó tratamiento para su lesión/enfermedad?  No  Sí (anote el nombre y la dirección del proveedor) \_\_\_\_\_

**Confirmación y consentimiento**

Por medio de la presente confirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. También autorizo a los representantes del Programa de Salud Ocupacional de la Universidad de Texas en Austin, cualquier médico asesor y/o persona designada, y cualquier aseguradora que dé servicio a la Universidad de Texas a divulgar cualquier dato perteneciente a esta reclamación a los administradores o sus personas designadas del Seguro de compensación de los trabajadores de la Universidad de Texas.

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Información sobre el incidente (para llenado por parte del supervisor)**

¿El empleado estaba haciendo su trabajo normal en el momento del incidente?  Sí  No (explique) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿El empleado estaba usando equipo de protección personal (PPE) en el momento del incidente?  Sí  No

¿El empleado seguía las políticas y los procedimientos de seguridad establecidos?  Sí  No (explique) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿El empleado ha estado ausente del trabajo por uno o más días como consecuencia del incidente?  No  Sí (anote la hora en que inició el tiempo laboral perdido) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿El empleado ya regresó al trabajo?  No  Sí (anote la fecha en que regresó) \_\_\_\_\_

**Información sobre el supervisor (para llenado por parte del supervisor)**

Nombre: \_\_\_\_\_ EID: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_

Número telefónico del trabajo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Memorando Primer Informe de Incidentes y Lesiones

Programa de Salud Ocupacional

Envíe por fax el formulario llenado al 512.471.7008

### INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL MEMORANDO PRIMER INFORME DE INCIDENTES Y LESIONES

Cuando ocurre una enfermedad/lesión ocupacional, el empleado debe llenar este formulario en su idioma primario, el supervisor del empleado debe firmarlo y enviarlo al contacto de Recursos Humanos (RR. HH.) del departamento del empleado en las 24 a 48 horas posteriores a la lesión. Si el empleado no puede firmar el formulario en el momento del incidente, el supervisor le solicitará su firma tan pronto como sea posible. Para obtener más información, consulte la página del Seguro de compensación al trabajador en el sitio web de Recursos Humanos en <http://www.utexas.edu/hr/current/insurance/wci/>

Es importante que se reporten todas las enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo dado que pueden surgir complicaciones como resultado del más mínimo incidente. Esta información también puede usarse para elaborar un programa de prevención de lesiones y enfermedades.

*En el caso de las lesiones de urgencia*, llame al 911 y pida que se le lleve a la sala de emergencia más cercana (las exposiciones a peligros animales, químicos o biológicos que deriven en una urgencia deben referirse a la sala de emergencia afiliada a St. David).

*En el caso de lesiones no urgentes que requieran primeros auxilios* (cortadas pequeñas, moretones, esguinces y distensiones), póngase en contacto con la Clínica de salud ocupacional del campus al (512) 471-4647 y programe una cita con una enfermera de salud ocupacional.

*En el caso de lesiones no urgentes que requieran una atención más pronta*, los empleados pueden elegir un centro de atención de urgencias o a un proveedor de atención médica que sean parte de la Red IMO. Para buscar un proveedor participante, visite la página web para encontrar proveedores de la IMO en <http://injurymanagement.com/imo-med-select-network/find-a-provider>.

Se debe pedir a todos los testigos de un incidente que proporcionen una declaración por escrito de lo sucedido. El supervisor debe anexar copias de las declaraciones de los testigos y cualquier otra declaración/nota del empleado relacionada al incidente al Memorando Primer Informe de Incidentes y Lesiones. Si el supervisor no puede obtener la declaración de un testigo el mismo día del incidente, debe enviar el Primer Informe de Lesión y luego intentar obtener la declaración del testigo tan pronto como sea posible.

Además de este formulario, los empleados también deben llenar el formulario de Reconocimiento de la Red de Compensación al trabajador.

Se requiere cierta información demográfica para solicitarle la compensación al trabajador al Departamento de Seguros de Texas.

- \* **Teléfono** - Si no tiene teléfono en su domicilio, proporcione uno donde se pueda contactar al empleado.
- \* **Fechas** - Ingrese las fechas en formato de mes/día/año (es decir, 05/25/2017). La fecha del incidente es el día en que ocurrió la lesión o la fecha en que una enfermedad ocupacional se diagnosticó como relacionada con el trabajo; la fecha del informe es la fecha en que el empleado informó el incidente a su supervisor; la fecha del tiempo laboral perdido es el primer día completo perdido tras la fecha original de la lesión. Si no se perdió tiempo laboral, ingrese NLT.
- \* **Parte del cuerpo lesionada** - Anote la parte del cuerpo **específica** (ejemplos: barbilla, pierna derecha, frente, brazo izquierdo, etc.). Si hay más de una parte del cuerpo afectada, anote cada una.
- \* **Cómo ocurrió el incidente** - Describa detalladamente (1) los eventos que condujeron a la lesión, (2) cómo ocurrió la lesión (ejemplos: el empleado se resbaló en el piso mojado), y (3) cómo se relaciona con el trabajo. Sea tan específico como le sea posible. Use una hoja de papel adicional si es necesario.