

Memorando Primer Informe de Incidentes y Lesiones

Programa de Salud Ocupacional

Envíe por fax el formulario llenado al 512.471.7008

Información sobre el empleado (para 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: Hispánico Nativo americano Otro

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Información sobre el incidente (para que lo complete el 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 telefónica 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 al trabajador de la Universidad de Texas.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Información sobre el incidente (para que lo complete el 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 los reglamentos 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 que lo complete el supervisor)

Nombre: _____ EID: _____

Departamento: _____ Puesto: _____

Número telefónico del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Memorando Primer Informe de Incidentes y Lesiones

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 siguientes 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 urgencias más cercana (las exposiciones a peligros animales, químicos o biológicos que deriven en una urgencia deben referirse a la sala de urgencias afiliada de St. David.

En el caso de las 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 las 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 sea parte de la Red IMO. Para buscar un proveedor participante, visite la página 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 relativas al incidente en el 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 solicitar 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.