

## ¿Qué debo hacer si me lesiono en el trabajo?

1. Todas las lesiones/enfermedades en el trabajo deben comunicarse inmediatamente a su supervisor – incluso si no cree que vaya a necesitar tratamiento médico o que tenga que ausentarse del trabajo.
2. Complete un formulario de "Primer reporte de lesión/enfermedad del empleado". Pídale a su jefe de departamento (o persona designada) que lo firme.
3. Envíe todos los formularios de "Primer reporte de lesión/enfermedad del empleado" por correo electrónico a [safety@irvingisd.net](mailto:safety@irvingisd.net). o fax al

**Fax #: 469-646-4320**

4. En caso de tratamiento médico: Asegúrese de que su doctor sepa que usted necesita ser tratado bajo '*Worker's Compensation*' (Compensación al Trabajador) cuando haga su cita. Usted puede recibir tratamiento con cualquier médico de su elección – **sin embargo, hay doctores que pueden optar por no tratar a los pacientes bajo *Compensación de Trabajadores*.**
5. Si su médico no le atiende bajo '*Worker's Compensation*' (Compensación al Trabajador), tendrá que seleccionar un doctor que sí lo haga. En la página web del Departamento de Administración de Riesgos encontrará una lista de médicos y clínicas recomendados para el tratamiento de lesiones por accidentes de trabajo. [www.irvingisd.net/riskmanagement](http://www.irvingisd.net/riskmanagement)

**PRIMER REPORTE DE LESIÓN/ENFERMEDAD DEL EMPLEADO**

Este formulario debe ser llenado por el empleado lesionado y el supervisor si se necesita asistencia. **TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS Y ESTE FORMULARIO FIRMADO TANTO POR EL EMPLEADO COMO POR EL SUPERVISOR.** Envíe por correo electrónico/fax una copia de este formulario completo a [safety@irvingisd.net](mailto:safety@irvingisd.net) / 469-646-4320. El supervisor y el empleado deben conservar una copia para sus archivos.

**POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EN TODAS LAS LÍNEAS, EXCEPTO LAS FIRMAS**

1. Nombre del lesionado \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Inicial 2º nombre) (Apellido) (SS#--Últimos cuatro dígitos)
2. Género: \_\_\_ Masculino \_\_\_ Femenino
3. Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ # Empleado de IISD \_\_\_\_\_
4. Dirección \_\_\_\_\_ TX  
(Número, Calle, Apt. #) Ciudad Estado Código postal
5. Número telefónico \_\_\_\_\_  
(Casa) (Amigo o familiar#)
6. ¿Habla inglés el empleado? \_\_\_ Sí \_\_\_ No En caso negativo, ¿en qué idioma? \_\_\_\_\_
7. Raza: \_\_\_ Blanco \_\_\_ Afroamericano \_\_\_ Asiático
8. Etnia: \_\_\_ Hispano \_\_\_ Otro \_\_\_ Indígena americano
9. Estado civil: \_\_\_ Casado(a) \_\_\_ Viudo(a) \_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_ Separado(a) \_\_\_ Soltero(a)
10. Número de hijos a su cargo \_\_\_\_\_ Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_
11. Fecha de la lesión/enfermedad \_\_\_\_\_ Día de la semana \_\_\_\_\_ Hora de la Lesión/Enf \_\_\_\_\_ a.m. p.m.
12. Puesto de trabajo del empleado lesionado: \_\_\_\_\_
13. Escuela y lugar donde se produjo el incidente: \_\_\_\_\_
14. Nombre de su director, supervisor o persona responsable: \_\_\_\_\_ a.m. p.m.
15. ¿En qué fecha y hora les notificaron por primera vez lo de su accidente? \_\_\_\_\_ Fecha Hora \_\_\_\_\_ a.m. p.m.
16. Describa COMPLETAMENTE a continuación cómo se produjo el incidente e indique qué estaba haciendo el empleado cuando se lesionó o enfermó. ¿Qué hacía el empleado lesionado en el momento del accidente?
17. ¿Por qué se produjo el accidente?
18. ¿Hubo algún testigo(s) de este accidente? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

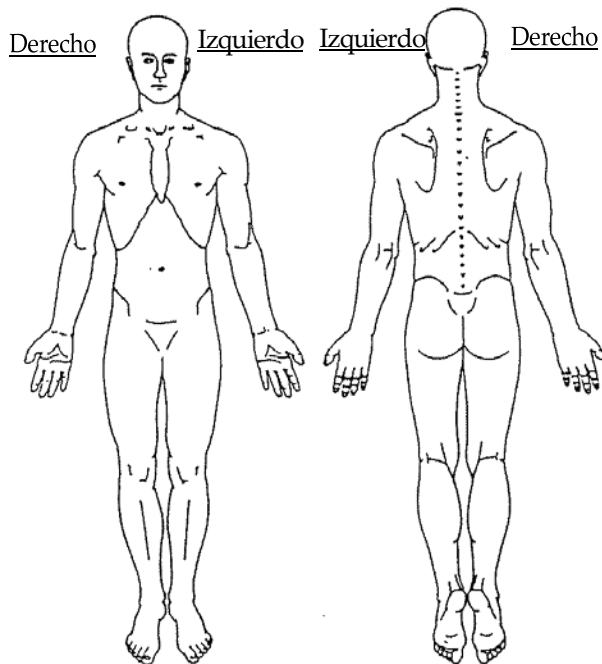
Testigo  
Nombre \_\_\_\_\_ Emp # \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

19A. Indique a continuación qué acto o actos contribuyeron, en su opinión, a este accidente. (Marque todas las que procedan)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No había letrero de suelo mojado               | <input type="checkbox"/> No estaba atento a los alrededores                |
| <input type="checkbox"/> No sabía hacerlo correctamente                 | <input type="checkbox"/> No se siguió el procedimiento adecuado            |
| <input type="checkbox"/> Colocación incorrecta de objetos en el estante | <input type="checkbox"/> No llevar equipo de protección                    |
| <input type="checkbox"/> Postura corporal inadecuada                    | <input type="checkbox"/> No utilizó el equipo adecuado (taburete/escalera) |
| <input type="checkbox"/> No siguió la regla del compañero para levantar | <input type="checkbox"/> Alcance por encima de la cabeza                   |
| <input type="checkbox"/> No utilizó pasamanos                           | <input type="checkbox"/> Las emociones no estaban bajo control             |
| <input type="checkbox"/> Zona insegura mal asegurada                    | <input type="checkbox"/> El acto más seguro era menos conveniente          |
| <input type="checkbox"/> Uso del teléfono móvil                         | <input type="checkbox"/> Llevar una carga excesiva o desequilibrada        |
| <input type="checkbox"/> Vista obstaculizada                            | <input type="checkbox"/> Ritmo o velocidad inadecuados                     |

19B. Si un empleado resulta herido como consecuencia de una agresión física durante el desempeño de sus funciones, podrá solicitarse la baja por agresión. Se llevará a cabo una investigación del incidente para confirmar o denegar el permiso por agresión. ¿Desea solicitar el permiso por agresión?  SÍ  NO  No procede

20. ¿Qué parte(s) del cuerpo se ha(n) lesionado?  
(Marque con una X todas las áreas que corresponda.)



21. ¿Cuál cree que es la naturaleza de la(s) lesión(es)? (Marque con una X todas las áreas que correspondan.)

- |  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Quemada                 | <input type="checkbox"/> Corte                  | <input type="checkbox"/> Pinchazo |
| <input type="checkbox"/> Fractura                | <input type="checkbox"/> Contusión (moretón)    |                                   |
| <input type="checkbox"/> Esguince (articulación) | <input type="checkbox"/> Distensión (muscular)  |                                   |
| <input type="checkbox"/> Ruptura                 | <input type="checkbox"/> Pérdida de conciencia  |                                   |
| <input type="checkbox"/> Dermatitis              | <input type="checkbox"/> Choque eléctrico       |                                   |
| <input type="checkbox"/> Aplastado/picado        | <input type="checkbox"/> Líquido/objeto extraño |                                   |

22. ¿Ha recibido el trabajador accidentado atención médica por esta lesión/enfermedad?

- Sí  No  Posiblemente más tarde si es necesario

23. Nombre del médico o de la clínica con la que se trató o se tratará bajo 'Worker's compensation':

Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Sitio \_\_\_\_\_



# Reconocimiento Del Empleado Para El Programa De Contratar Directamente Con Medicos

He recibido la informacion que explica como obtener tratamientos medicos si me lastimo en el trabajo. Si estoy lastimado en el trabajo y vivo en un área de servicio descrita en esta información, entiendo que:

1. Tengo que escoger un doctor de la lista de la Alliance (PSWCA), que son señalados para tratar.
2. Debo ir a este doctor para todo el tratamiento médico para mi lesión. Si necesito un especialista, el doctor que me trata me referirá. Si necesito tratamientos de emergencia, yo entiendo que puedo ir a cualquier profesional médico licenciado dentro de los Estados Unidos.
3. Si el doctor me refiere a un especialista, yo entiendo que necesito verificar que el doctor sea un miembro del la Alliance.
4. TASB le pagara al doctor escogido y a doctores tambien que son partidos de PSWCA.
5. Puedo ser responsable de la cuenta si recibo tratamiento medico de doctores que no son miembros de la Alliance y sin la aprobacion anterior de TASB.
6. Reportando un reclamo de lastimadura falsa o fraudulenta es un crimen que puede resultar en multas y o al encarcelamiento.
7. Si deseo cambiar doctores despues de mi primera opción, puedo hacerlo dentro 60 dias de comensar mi tratamiesto. Puedo solamente escoger de la lista de doctores que estan en el Alliance. La tercer opción necesita probacion de mi ajustador antes de cabiar doctor.

\_\_\_\_\_  
Firma (Signature)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha (Date)

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta (Printed Name)

\_\_\_\_\_  
Direccion de domicilio incluyendo ciudad, estado y zip (Address)

Nombre de empleo (Name of Employer): \_\_\_\_\_

Nombre del programa de contratar doctores directament (Name of Direct Contracting Program):  
Political Subdivision Workers' Compensation Alliance (the Alliance)

El servicio de contratar doctores directamente en las areas de servicio, son subjetivos a cambiar. Para localizar un doctor de tratamiento en su area, visite al Internet en: [www.pswca.org](http://www.pswca.org) o llame a su ajustador al numero: 800.482.7276.

## **To be completed by the employer only**

---

Please indicate whether this is the:

- Initial Employee Notification  
 Injury Notification (Date of Injury: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

**Do not return this form to the TASB Risk Management Fund unless requested.**

