



Workers Compensation Checklist

Formas de Heridas

Formas del Empleo:

Primer Informe de Lesiones del Empleado (firmado)

Lanzamiento de Medico (firmado)

Formas del Empleador:

Informe de Compensación para Trabajadores del Estado

Primer Informe de Heridas del Empleador/Supervisor

Descripción del Trabajo de Compensación al Trabajadores

Investigación del Accidente (Signed by supervisor/On-site)

Fotos/video

Declaración de Testigo (signed)

Post Incident:

Aplicación del Empleo

Copia de las tarjetas de tiempo

Copia de cualquier disciplinario

Registro de mantenimiento de la máquina

Oferta de Empleo Alternativo Temporal

Copia del Informe de Accidente del Sitio (Si es Disponible)

Si tienes alguna pregunta, por favor contacta a tu contacto principal de UCP



INFORME DE HERIDAS DE EMPLEADO

FECHA DE EMPLEO: _____

APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____ SSN: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

¿CONDICIONES PRE-EXISTENTES? SI NO SI HAY, EXPLIQUE: _____

HA TENIDO UNA RECLAMACION DE COMPESACION DE TRABAJADORES EN EL ULTIMO ANO? SI NO

SI HAY, POR FAVOR EXPLIQUE:

FECHA DE HERIDA: _____ HORA DE HERIDA: _____ FECHA AVISO DEL EMPLEADOR: _____

¿DÓNDE OCURRIÓ LA HERIDA? _____ DIRECCIÓN DEL SITIO: _____

¿QUE CAUSO LA HERIDA? _____

PARA PREVENIR ESTA LESIÓN, ¿QUÉ PODRÍA HABER HECHO? _____

TIPO DE HERIDA: _____ PARTE DEL CUERPO LASTIMADO: _____

TESTIGO(S)? SI NO NOMBRES: _____

¿HUBO ALGUNA PARTICIPACIÓN DE TERCEROS QUE CONTRIBUYERA A LA CAUSA DEL INCIDENTE? SI NO

¿SE SEGUIMOS LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD? SI NO

NOMBRE DE LA CLÍNICA: _____ DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ ULTIMO DIA TRABAJO: _____ FECHA DE REGRESO: _____ ¿DISPONIBLE A TRABAJAR

POSITION MODIFICADO? SI NO

FIRMA DE EMPLEADO: _____ DATE: _____

NOTA: Cualquier persona que a sabiendas presenta información falsa, incompleta o engañosa a cualquier parte con el fin de obtener beneficios de compensación para trabajadores es culpable de un delito grave y puede estar sujeta a prisión, multas y rechazo de beneficios de seguro



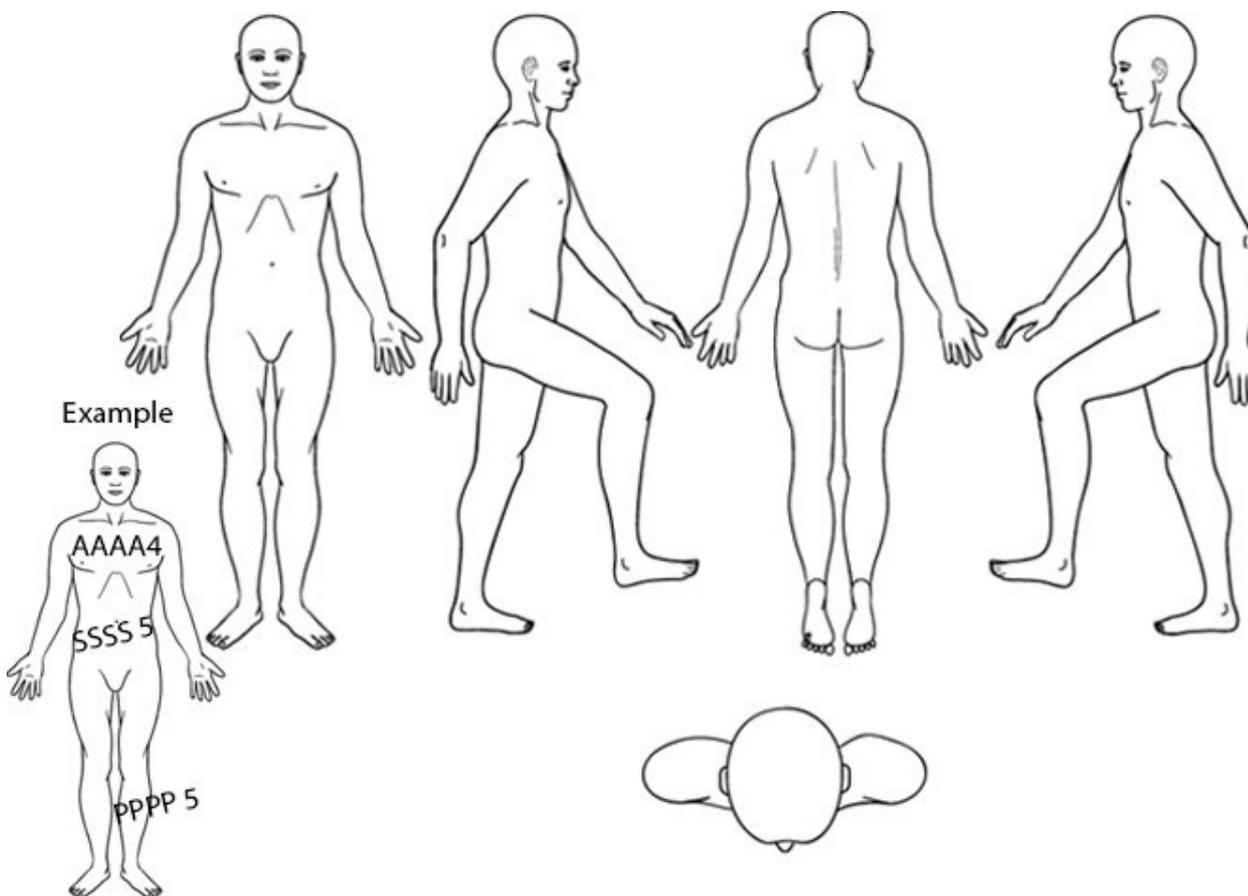
Gráfico del dolor

Marque las áreas de lesiones o molestias como se muestra en el ejemplo siguiente. Marque todas las áreas con los símbolos apropiados e indique el grado de dolor utilizando una escala de 1 (incomodidad) a 10 (dolor extremo).

Descripción:	Entumecimiento	Agujas	Ardor	Dolor	Punzante
Símbolo:	NNNN	PPPP	BBBB	AAAA	SSSS

Naturaleza de la lesión: (la más grave)

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abrasión, rasguños | <input type="checkbox"/> Amputación | <input type="checkbox"/> Fractura de Hueso | <input type="checkbox"/> Moretón |
| <input type="checkbox"/> Quemadura (calor) | <input type="checkbox"/> Quemadura (química) | <input type="checkbox"/> Conmoción cerebral | <input type="checkbox"/> Lesiones aplastantes |
| <input type="checkbox"/> Corte, laceración, punción | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Enfermedad | <input type="checkbox"/> Esguince, cepa |
| <input type="checkbox"/> Daño a (ejemplo nervioso, respiratorio, etc..) | | | |
| <input type="checkbox"/> Otro: | | | |



Nota: Cualquier persona que a sabiendas proporcione información falsa, incompleta o engañosa a cualquier parte con el propósito de obtener beneficios de compensación de trabajadores es culpable de un delito grave y puede estar sujeta a prisión, multas y denegación de beneficios de seguro.

Nombre del empleado (impreso)

Firma del empleado

Fecha

PLEASE SUBMIT FORM TO COMPANY MANAGER OR SUPERVISOR



Anuencia para la divulgación de Información Médica

Empleado

Por la presente autorizo a los representantes de UCP Personnel a que se les permita obtener y revisar copias de todos los registros médicos relacionados con cualquier lesión actual o pasada o relacionada con mi historial médico. Cualquier información pertinente será discutida con otros profesionales involucrados en mi tratamiento médico y cualquier institución que, a través del "Programa de Compensación para Trabajadores" o de otra manera, esté pagando la totalidad o parte de los costos asociados con mi atención médica.

Nombre de Empleado(a)

Numero Social

Número del Teléfono

Numero

Nombre de Empleador

Fecha de Lesión

Firma de Empleado(a) _____ Fecha: _____

Si tienes alguna pregunta, por favor contacta a tu contacto principal de UCP



INFORME DE HERIDAS DEL SUPERVISOR/EMPLEADOR

FECHA DE EMPLEO: _____

NOMBRE DE EMPRESA: _____

APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____ SSN: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

¿CONDICIONES PRE-EXISTENTES? SI NO SI HAY, EXPLICA: _____

FECHA DE HERIDA: _____ HORA DE HERIDA: _____ FECHA AVISO DEL EMPLEADOR: _____

DEBERES AL MOMENTO DE LA HERIDA: _____ CÓDIGO DE TRABAJO: _____

EL EMPLEADO ESTABA REALIZANDO SUS DEBERES LABORALES NORMAL AL MOMENTO DE LA HERIDA? SI NO

SI NO, ¿QUEIN CAMBIÓ SUS DEBERES? _____

NOMBRE DE UBICACIÓN DEL CLIENTE: _____ DIRECCIÓN DEL SITIO: _____

DESCRIPCIÓN DE LAS OPERACIONES DEL CLIENTE: _____

DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE: _____

TIPO DE HERIDA: _____ PARTE DEL CUERPO LASTIMADO: _____

¿ESTUVO PAGADO AL EMPLEADO POR LA FECHA DE LA HERIDA? SI NO

¿HUBO ALGUNA PARTICIPACIÓN DE TERCEROS QUE CONTRIBUYERA A LA CAUSA DEL INCIDENTE? SI NO

SI HAY, POR FAVOR EXPLICA: _____

¿SE SEGUIO LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD? SI NO HA SIDO DISCIPLINADO RECIENTEMENTE? SI NO

ULTIMO DIA TRABAJO: _____ FECHA DE REGRESO: _____ ¿SERVICIO LIGERO DISPONIBLE? S NO

NOMBRE DE LA CLÍNICA: _____ DIRECCIÓN: _____ TELÉ:

_____ ¿SE ADMINISTRÓ UN EXAMEN DE DROGAS? SI NO SE DUDA LA RECLAMACIÓN? SI NO

¿APARECIO EL EMPLEADO BAJO LA INFLUENCIA? SI NO TESTIGOS? SI NO

FIRMA DEL SUPERVISOR: _____

FECHA: _____

Manda la forma completada a su contacto principal de UCP.

WORKERS COMPENSATION – FIRST REPORT OF INJURY OR ILLNESS

EMPLOYER (NAME & ADDRESS INCL ZIP)		CARRIER/ADMINISTRATOR CLAIM NUMBER	OSHA LOG NUMBER	REPORT PURPOSE CODE			
		JURISDICTION		JURISDICTION CLAIM NUMBER			
		INSURED REPORT NUMBER				EMPLOYER'S LOCATION ADDRESS (IF DIFFERENT)	
		EMPLOYER'S LOCATION ADDRESS (IF DIFFERENT)				LOCATION #	PHONE #
INDUSTRY CODE	EMPLOYER FEIN						
CARRIER/CLAIMS ADMINISTRATOR							
CARRIER (NAME, ADDRESS, & PHONE #)		POLICY PERIOD		CLAIMS ADMINISTRATOR (NAME, ADDRESS & PHONE NO)			
		TO					
		CHECK IF APPROPRIATE					
		SELF INSURANCE					
CARRIER FEIN		POLICY/SELF-INSURED NUMBER		ADMINISTRATOR FEIN			
EMPLOYEE/WAGE							
NAME (LAST, FIRST, MIDDLE)		DATE OF BIRTH	SOCIAL SECURITY NUMBER	DATE HIRED	STATE OF HIRE		
ADDRESS (INCL ZIP)		SEX		MARITAL STATUS			
		<input type="checkbox"/> M MALE <input type="checkbox"/> F FEMALE <input type="checkbox"/> U UNKNOWN		<input type="checkbox"/> U UNMARRIED <input type="checkbox"/> M MARRIED <input type="checkbox"/> S SEPARATED <input type="checkbox"/> K UNKNOWN			
PHONE		# OF DEPENDENTS		OCCUPATION/JOB TITLE			
				EMPLOYMENT STATUS			
				NCCI CLASS CODE			
RATE PER:	<input type="checkbox"/> DAY WEEK	<input type="checkbox"/> MONTH OTHER:	DAYS WORKED/WEEK	FULL PAY FOR DAY OF INJURY? DID SALARY CONTINUE?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
OCCURRENCE/TREATMENT							
TIME EMPLOYEE BEGAN WORK	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	DATE OF INJURY/ILLNESS	TIME OF OCCURRENCE () CANNOT BE DETERMINED	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	LAST WORK DATE DATE EMPLOYER NOTIFIED DATE DISABILITY BEGAN		
CONTACT NAME/PHONE NUMBER		TYPE OF INJURY/ILLNESS		PART OF BODY AFFECTED			
DID INJURY/ILLNESS/EXPOSURE OCCUR ON EMPLOYER'S PREMISES? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		TYPE OF INJURY/ILLNESS CODE		PART OF BODY AFFECTED CODE			
DEPARTMENT OR LOCATION WHERE ACCIDENT OR ILLNESS EXPOSURE		ALL EQUIPMENT, MATERIALS, OR CHEMICALS EMPLOYEE WAS USING WHEN ACCIDENT OR ILLNESS OCCURRED EXPOSURE OCCURRED					
SPECIFIC ACTIVITY THE EMPLOYEE WAS ENGAGED IN WHEN THE ACCIDENT OR ILLNESS EXPOSURE OCCURRED		WORK PROCESS THE EMPLOYEE WAS ENGAGED IN WHEN ACCIDENT OR ILLNESS EXPOSURE OCCURRED					
HOW INJURY OR ILLNESS/ABNORMAL HEALTH CONDITION OCCURRED. DESCRIBE THE SEQUENCE OF EVENTS AND INCLUDE ANY OBJECTS OR SUBSTANCES THAT DIRECTLY INJURED THE EMPLOYEE OR MADE THE EMPLOYEE ILL					CAUSE OF INJURY CODE		
DATE RETURN(ED) TO WORK	IF FATAL, GIVE DATE OF DEATH	WERE SAFEGUARDS OR SAFETY EQUIPMENT PROVIDED? WERE THEY USED?		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
PHYSICIAN/HEALTH CARE PROVIDER (NAME & ADDRESS)		HOSPITAL OR OFF SITE TREATMENT (NAME & ADDRESS)		INITIAL TREATMENT			
				<input type="checkbox"/> 0 NO MEDICAL TREATMENT <input type="checkbox"/> 1 MINOR: BY EMPLOYER <input type="checkbox"/> 2 MINOR CLINIC/HOSP <input type="checkbox"/> 3 EMERGENCY CARE <input type="checkbox"/> 4 HOSPITALIZED > 24 HOURS <input type="checkbox"/> 5 FUTURE MAJOR MEDICAL			
OTHER							
WITNESSES (NAME & PHONE #)							
DATE ADMINISTRATOR NOTIFIED	DATE PREPARED	PREPARER'S NAME & TITLE			PHONE NUMBER		



Descripcion del puesto del Empleado de Compensacion al Trabajador

Nombre de la compania: _____
Nombre del empleado: _____ Fecha de contratacion: _____
Sitio de trabajo: _____

Direccion del sitio de trabajo: _____

Departamento asignado: _____

Detalles del trabajo: _____

Requisitos fisicos del puesto:

empujar/jalar/llevar/elevar materiales que pesan: < 0-5 lbs < 5-10 lbs < 10-20 lbs
< 20-30 lbs < 30-50 lbs < 50+ lbs

Equipo de Seguridad Requisito:

Gafas de Seguridad

Botas de acero

Guantes

Casco de Seguriada

Los Arroes?

LOTO

Certificación de Forklift

Nombre de Supervisor: _____ Fecha: _____

Nota: Cualquier persona que a sabiendas proporcione información falsa, incompleta o engañosa a cualquier parte con el propósito de obtener beneficios de compensación de trabajadores es culpable de un delito grave y puede estar sujeta a prisión, multas y denegación de beneficios de seguro.

Si tienes alguna pregunta, por favor contacta a tu contacto principal de UCP



Informe de Investigación de Accidentes del Empleador

Por favor complete este formulario lo mas pronto posible después de un incidente que resulte en lesión grave o enfermedad se produce.

Opcional: Utilícese para investigar una lesión menor o una lesión leve que podría haber dado lugar a una lesión o enfermedad grave.

Este es un informe de: Muerte Tiempo Perdido Visita al Dr. Primeros Auxilios Lesión Leve

Fecha del incidente : _____

Paso 1: Llene esta parte por cada Empleado Lesionado

Nombre del Empleado Lesionado:

Sexo: Masculino Feminina

Edad:

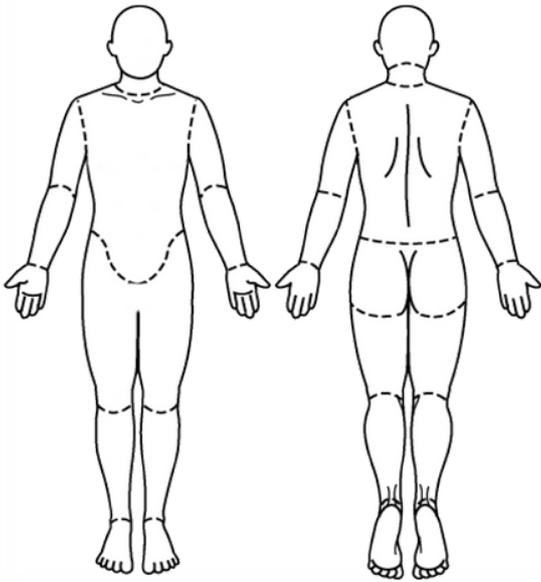
Departamento:

Profesion en el momento del incidente:

Parte del cuerpo afectada:
(marque la parte)

Tipo de Lesion:

Este empleado trabaja:



- Raspaduras
- Amputacion
- Hueso roto
- Contusion
- Quemadura (Fuego)
- Quemadura (quimico)
- Contusion cerebral (la cabeza)
- Lesion por derrumbe
- Corte, laceracion, puntura
- Hernia
- Enfermedad
- Esguince, Rotura
- Dano a una sistema del cuerpo
- Otro

- Tiempo Completo
- Tiempo Parcial
- Estacional
- Temporal

Meses con este empleador:

Meses haciendo este trabajo:

Paso 2: Describir el Incidente

Dirección del lugar donde ocurrió el incidente:

Cuidad:

Estado:

Código Postal:

La ubicación exacta del accidente (e.j. cuarto de trabajo, es decir, sala específica):

¿Qué parte de la jornada laboral del empleado? Entrando o saliendo del trabajo Haciendo actividades normales de trabajo Durante el período de comida Durante las vacaciones las horas extraordinarias de trabajo Otro

Nombre del Testigo (si lo hubiera):



Informe de Investigación de Accidentes del Empleador

Número de archivos adjuntos:

Declaraciones escritas de los testigos:

Fotografías:

Mapas/Planos:

¿Qué equipo de protección personal se estaba utilizando (si los hay)?

Describir, paso a paso los acontecimientos que condujeron a la lesión:

(Incluya los nombres de las maquinas, piezas, objetos, herramientas, materiales y otros detalles importantes)

Descripción continúa en hojas adjuntas

Paso 3: ¿Por qué ocurrió el incidente?

Condiciones inseguras en el trabajo:
(Marque todas las que apliquen)

Protección inadecuada

Peligro sin vigilancia

Equipo de seguridad defectuoso

Herramientas o equipos defectuosos

Lugar de trabajo es peligroso

Iluminación mala

Ventilación mala

Falta de equipo de protección personal

Falta de equipo/herramientas apropiadas

Ropa inadecuada

No hay entrenamiento o insuficiente capacitación

Otro:

Actos peligrosos del personal:
(Marque todas las que aplican)

Operar sin permiso

Funcionamiento a velocidad peligroso

Reparar equipo con electricidad

Haciendo que un equipo de seguridad que no funcione

El uso de un equipo defectuoso

El uso de un equipo de una manera no autorizada

Levantamiento peligroso con la mano

Tomando una mala postura

Distracción, burlas, bromas pesadas

No usar el equipo de protección

Falta de utilizar los equipos/herramientas disponibles

Otro:

¿Por qué existen las condiciones peligrosas?

¿Por qué se producen los actos peligrosas?

¿Hay una motivo (como "el trabajo se puede hacer más rápido" o "el producto es menos probable que sufran daños") por el cual a llegado a las condiciones inseguras o actos peligrosos? Si No

En caso afirmativo, describa:

¿Los actos o las condiciones peligrosos fueron informadas antes del incidente?

Si

No

¿Ha habido accidentes similares antes que este suceda?

Si

No



Informe de Investigación de Accidentes del Empleador

Paso 4: ¿Cómo se pueden prevenir accidentes en el futuro?

Que cambiaría:

Parar esta actividad Proteger las cosas peligrosas Capacitar al empleado(s) Capacitar al supervisor(s)

Rediseñar la capacitación Rediseño la estación de trabajo Escribir una nueva regla/norma

Hacer cumplir las reglas existentes Inspeccionar la seguridad implementada Equipo de protección personal

Otro:

¿Cuál debería ser (o se a) hecho para llevar a cabo la sugerencia (s) marcada arriba?

Descripción continúa en hojas adjuntas

Paso 5: ¿Quién ha completado y revisado este formulario? (letra de imprenta)

Escrito por:

Cargo:

Departamento o area: Fecha: Los nombres de los miembros del equipo de investigación:

Descripción continúa en hojas adjuntas

Revisado por:

Cargo:

Fecha: