**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: [ ]  Lesión [ ]  Enfermedad [ ]  Primeros auxilios |
| Ubicación:  | Estado:  | Departamento:  | Teléfono: ( ) |
| Nombre de empleado:  | Fecha de nacimiento: / / | Número de empleado: |
| Dirección:  | Ciudad:  | Estado:  | Zip:  |
| Seguro social:  | Casado: [ ]  Sí [ ]  No  | Sexo: [ ]  M [ ]  F  | Edad:  |
| Puesto de trabajo:  | Tiempo de trabajo en la empresa (años):  |
| Salario por hora:  | Trabajo Que estaba hacienda cuendo se lastimo:  |
| Fecha de accidente:  | Hora de accidente:  | Otro involucrado en accidente: [ ]  Sí [ ]  No |
| **Divulgación de información médica**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.Firma de empleado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **SUPERVISOR** | **DETALLES DEL INCIDENTE** |
| Fecha del incidente: / / | Hora del incidente: [ ]  AM [ ]  PM | Fecha reportada: / / |
| Turno: [ ]  Cementerio [ ]  Días [ ]  Tarde[ ]  Otro: | ¿Estaba en tiempo extra? [ ]  Sí [ ]  No |
| Ubicación del incidente (área especifica): | ¿Comenzó el cambio de turno en propiedad del patrón? [ ]  Sí [ ]  No |
| Testigos del incidente: |
| ¿Perdió tiempo el empleado debido a la lesión? [ ]  Sí [ ]  No | ¿Se le dio Primeros Auxilios? [ ]  Sí [ ]  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? [ ]  Sí [ ]  No | Si la respuesta es sí, fecha y hora del seguimiento: / / |
| ¿Autorizó el médico una incapacidad? [ ]  Sí [ ]  No | Si la respuesta es sí, ¿cuántos días? |
| Tratamiento dado: | [ ]  Ninguno | [ ]  Yeso | [ ]  Irrigación | [ ]  Suturas |
| [ ]  Ortesis | [ ]  Venda Ace | [ ]  Receta | [ ]  Extracción de objeto extraño |
| [ ]  Antitetánica | [ ]  Otro: |
| **TIPO DE LESIÓN – MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN** |
| [ ]  Cabeza | [ ]  Ojo | [ ]  Izquierda | [ ]  Derecha | [ ]  Cadera | [ ]  Izquierda | [ ]  Derecha | [ ]  Pies | [ ]  Izquierda | [ ]  Derecha |
| [ ]  Cara | [ ]  Codo | [ ]  Izquierda | [ ]  Derecha | [ ]  Muslo | [ ]  Izquierda | [ ]  Derecha | [ ]  Costillas  | [ ]  Izquierda | [ ]  Derecha |
| [ ]  Nariz | [ ]  Antebrazo | [ ]  Izquierda | [ ]  Derecha | [ ]  Rodilla | [ ]  Izquierda | [ ]  Derecha | [ ]  Dedo | [ ]  Izquierda | [ ]  Derecha |
| [ ]  Cuello | [ ]  Mano | [ ]  Izquierda | [ ]  Derecha | [ ]  Pierna | [ ]  Izquierda | [ ]  Derecha | [ ]  Abdomen | [ ]  Torso |
| [ ]  Piel | [ ]  Hombro | [ ]  Izquierda | [ ]  Derecha | [ ]  Tobillo | [ ]  Izquierda | [ ]  Derecha | [ ]  Otro: |
| [ ]  Piel | [ ]  Dedo (cuál): | [ ]  Espalda | [ ]  Alta | [ ]  Baja |  |
| **SUPERVISOR** | **TIPO DE LESIÓN – MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN** |
| [ ]  Abrasión | [ ]  Fractura | [ ]  Objeto extraño | [ ]  Sin lesión física |
| [ ]  Laceración | [ ]  Dislocación | [ ]  Inflamación | [ ]  Conmoción |
| [ ]  Punción | [ ]  Dermatitis | [ ]  Inhalación | [ ]  Choque eléctrico |
| [ ]  Amputación | [ ]  Envenenamiento: | [ ]  Químico | [ ]  General | [ ]  Esguince | [ ]  Trastornos respiratorios |
| [ ]  Aplastamiento | [ ]  Quemadura: | [ ]  Químico | [ ]  Calor | [ ]  Esguince | [ ]  Trastorno mental |
| [ ]  Hernia | [ ]  Exposición:  | [ ]  Frío | [ ]  Calor | [ ]  Muerte | [ ]  Cáncer |
| [ ]  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?  | [ ]  Sí [ ]  No | Si la respuesta es sí, explique:  |
|  |  |
| ¿Se violaron códigos / reglas de seguridad?  | [ ]  Sí [ ]  No | Si la respuesta es sí, explique:  |
| Equipo involucrado: | Tipo: | Modelo: | Fabricante: |
| **CAUSA DE LESIÓN – MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN** |
| [ ]  Químicos | [ ]  Edificio / Estructuras | [ ]  Herramientas manuales no eléctricas | [ ]  Materia extraña (cuerpo) |
| [ ]  Vehículos | [ ]  Agentes infecciosos | [ ]  Herramientas manuales eléctricas | [ ]  Objetos afilados |
| [ ]  Transportadores | [ ]  Muebles / Accesorios | [ ]  Llama / Fuego / Humo | [ ]  Objetos voladores |
| [ ]  Máquinas | [ ]  Objetos cayendo / volando  | [ ]  Escaleras  | [ ]  Animal / Insecto |
| [ ]  Avión | [ ]  Eléctrico | [ ]  Alto | [ ]  Bajo | [ ]  Pisando, NOC | [ ]  Resbalón / Tropiezo / Caída |
| [ ]  Motor, NOC | [ ]  Objeto / Sustancia  | [ ]  Caliente | [ ]  Frío | [ ]  Ruido | [ ]  NOC acumulado |
| [ ]  Otro – Varios, NOC:  |
| **CAUSA DE INCIDENTE – MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN** |
| [ ]  Bromas pesadas | [ ]  Manejo inadecuado de materiales | [ ]  Falla de equipo | [ ]  Exceso de velocidad |
| [ ]  Fatiga | [ ]  Superficie resbaladiza, mojada, y desigual | [ ]  Falta de atención | [ ]  Falla de proceso |
| [ ]  Falta de limpieza | [ ]  Otro: |
| **ANÁLISIS** |
| **Descripción de incidente:** |
| **PASOS PARA PREVENIR UN EVENTO PARECIDO – MARQUE Y EXPLIQUE TODAS LAS QUE APLICAN** |
| [ ]  Instrucción de refuerzo para empleado involucrado | [ ]  Acción disciplinaria formal |
| [ ]  Instrucciones restantes de todos los empleados | [ ]  Instalación de dispositivo de protección |
| [ ]  Equipo de protección personal requerido | [ ]  Asesoramiento de empleado |
| **Comentarios:** |

 Firma de supervisor: Fecha: