****

**<Introduzca el nombre de la compañía>**

<dirección>

<dirección>

<número telefónico>

**Paquete de Trámites de Incidente de Trabajo**

1. Reporte el incidente a su supervisor inmediatamente.
2. Llene el formato adjunto de Reporte de Incidente de Trabajo.
3. Si **NO** desea recibir tratamiento médico, entregue el Reporte de Incidente de Trabajo al supervisor en turno.
4. Si **RECIBIRÁ** tratamiento médico, **DEBER****Á** llenar y entregar el Reporte de Incidente de Trabajo al supervisor en turno, **LLEVAR** el formato adjunto de Regreso al Trabajo al consultorio médico **E** **INFORMAR** al proveedor de servicios médicos que su patrón **cuenta con un seguro por parte del Departamento de Labor e Industria (L&I)**, que maneja una filosofía de “cero tiempo perdido” y puede brindarle un trabajo de transición debido a cualquier restricción de trabajo.
   1. Le recomendamos acudir a (aunque usted puede acudir con el proveedor de servicios médicos de su elección):

**<Inserte el nombre del proveedor de servicio médico más cercano>**

**<dirección>**

**<dirección>**

**<número telefónico>**

**Si la atención médica es requerida fuera del horario de atención, por favor acuda con el proveedor de servicios médicos disponible más cercano.**

1. Deberá regresar al trabajo inmediatamente después de su cita con el médico y entregar a su supervisor el formato de Regreso al Trabajo llenado por el médico.
2. Si se le restringe del trabajo, su supervisor le otorgará una carta de oferta de trabajo y una copia del formato de Regreso al Trabajo firmado por el médico.
3. Deberá reportarse con el supervisor después de cada cita con el médico.
4. Deberá programar todos sus tratamientos médicos fuera de su horario de trabajo.

He leído y entiendo el procedimiento de reporte de incidente listado arriba, **Y ACEPTO** respetar los términos y las restricciones físicas del permiso médico para volver a trabajar, tanto en el trabajo como fuera de él, para ayudar a facilitar mi recuperación.

Firma del trabajador: Fecha:

## ENTREGAR COPIA A ERN*WEST* VIA FAX 877-717-0590 O VIA CORREO ELECTRÓNICO [claimsreporting@ERNWest.com](mailto:claimsreporting@ERNWest.com)

## REPORTE DE INCIDENTE DE TRABAJO

Nombre de la Compañía y Ubicación del trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**El patrón debe reportar a L&I cualquier incidente que resulte en un incidente mortal, hospitalización, pérdida de un ojo, o amputación en un máximo de ocho (8) horas llamando al número 800.4BE.SAFE.**

**PARTE I – LLENADA POR EL SUPERVISOR**

1) ¿Le fueron recetados medicamentos? [ ] Sí [ ] No

2) ¿El empleado perderá tiempo de su trabajo? [ ] Sí [ ] No

3) ¿El empleado tuvo que ser ubicado en trabajo modificado? [ ] Sí [ ] No

4) ¿El empleado tuvo que ser hospitalizado? [ ] Sí [ ] No

5) ¿El incidente fue mortal? [ ] Sí [ ] No

6) Si así lo fue, anote la fecha de fallecimiento \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del trabajador: | Puesto de trabajo: | Inicio de turno: AM / PM (circular) |
| Fecha del incidente: | Hora del incidente: AM / PM (circular) | Reportado al empleador: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| Dirección particular/postal del trabajador: | Teléfono de casa: ( ) | Género: [ ] Masculino [ ] Femenino |
| Fecha de contratación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | Último día completo trabajado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Turno (circular): Día Tarde Noche |
| Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |

# PLETED BY SUPERVISOR

[ ] Sala de emergencias [ ] Atención urgente [ ] Otros

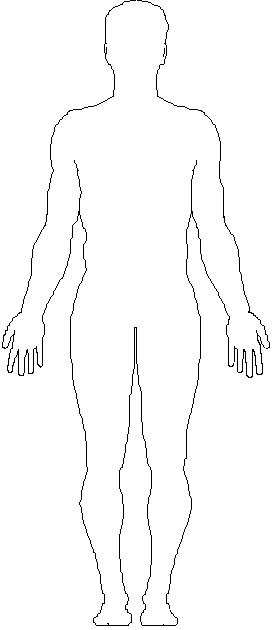
Nombre, dirección y teléfono del proveedor de atención médica:

|  |
| --- |
| Atendido por: |

Describa a detalle lo que sucedió y provocó que el empleado se lesionara (sea específico, describa las herramientas, los materiales, el equipo, etc.):

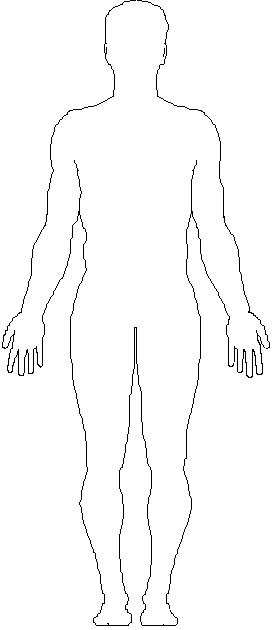
¿Qué medidas correctivas específicas han sido/están siendo aplicadas para prevenir futuros accidentes tales como el descrito anteriormente?

MARQUE EL / LAS ÁREA(s) AFECTADA(s)



Posterior

Frontal

Parte del cuerpo afectada (Marque las partes que aplican y circule el lado según corresponda)

[ ] Cabeza [ ] Ojos (Izq. o Der.) [ ] Oído

[ ] Nariz [ ] Boca [ ] Rostro

# [ ] Cuello [ ] Hombro (Izq. o Der.) [ ] Brazo (Izq. o Der.)

# [ ] Codo (Izq. o Der.) [ ] Muñeca (Izq. o Der.) [ ] Mano (Izq. o Der.)

# [ ] Dedo de la mano/Pulgar [ ] Espalda [ ] Pecho

# [ ] Abdomen [ ] Ingles [ ] Pierna (Izq. o Der.)

# [ ] Rodilla (Izq. o Der.) [ ] Tobillo (Izq. o Der.) [ ] Pie (Izq. o Der.)

# [ ] Dedos del pie

# 

1) Salario \_\_\_\_\_\_\_ por mes/semana/hr. 2) Días trabajados por semana \_\_\_\_\_\_\_ 3) Horas por semana \_\_\_\_\_\_\_

4) ¿Conserva beneficios de seguro médico? **(circule)** Sí/No 5) Beneficios mensuales pagados (med/vision) $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

por mes/semana/hr.

# 

**NÓMINA Llenar esta sección si el trabajador se ausenta por más de un día de trabajo.**

# PARTE II - LLENADA POR EL TRABAJADOR E

# Declaración del trabajador de cómo sucedió el incidente:

# Al firmar, usted indica que 1) este incidente ocurrió mientras trabajaba, 2) comprende que algún trabajo ligero podría estar disponible para que usted regrese a laborar inmediatamente, y 3) autoriza a su(s) proveedor(es) de salud o terapeuta(s) emitir cualquier reporte médico relacionado a cualquier condición similar o vinculada preexistente y/o que afectaría negativamente la recuperación de cualquier lesión asociada a este incidente, a mi representante de reclamaciones.

Firma del trabajador Fecha

Formato llenado por: Teléfono: Fecha: Cargo:

Número de caso OSHA (transferir el número de caso de la bitácora OSHA 300 log después de documentar el caso)

**LINEAMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE INCIDENTE**

El propósito del análisis de incidente es determinar la causa de un incidente y prevenir futuras situaciones de este tipo, más no para adjudicar culpabilidad. Es necesario tener una postura imparcial para obtener resultados objetivos.

* De ser posible, entreviste a los trabajadores lesionados en el lugar del incidente y “lleve a cabo” una reconstrucción de los hechos. Tenga cuidado de no repetir el acto que causó la lesión.
* La privacidad es importante durante las entrevistas. Entreviste a los testigos de uno en uno. Hable con cualquier persona que tenga conocimiento del incidente, incluso aunque no hayan presenciado el percance.
* Registre nombres, direcciones, y declaraciones de los testigos. Considere tomar declaraciones con fecha y firmadas si la información no es clara o si existe algún elemento de controversia.
* En caso de lesiones más graves, utilice bosquejos, diagramas y fotografías para documentar los detalles gráficamente. Realice mediciones cuando sea conveniente.
* Identifique las circunstancias que precedieron y que rodearon la situación de la lesión—¿Cuáles fueron las causas subyacentes y los hechos que contribuyeron, así como las causas inmediatas?
* ¿Qué riesgos físicos existían al momento del incidente?, Por ejemplo: aberturas sin protección, prácticas de limpieza deficientes, superficies resbalosas, clavos protuberantes, etc.
* ¿Fueron entregadas al/a los trabajador(es) o éstos utilizaron herramientas, equipo o materiales defectuosos?
* ¿Se suministró equipo de protección personal (PPE)? ¿El equipo de protección personal (PPE) fue defectuoso, no utilizado, o utilizado incorrectamente? ¿Fue necesario el equipo de protección personal?
* ¿Prácticas de trabajo peligrosas, tales como cargar incorrectamente o fallas en el manejo de materiales o de equipo contribuyeron a la lesión?
* ¿Qué reglas de seguridad o qué capacitación de seguridad pudieron haber prevenido el incidente?
* Si una tercera parte o un producto defectuoso contribuyó al accidente, guarde cualquier evidencia. Esto podría ser crucial para la recuperación de costos del reclamo.

**Diálogos para el análisis de incidente:**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Habló con el supervisor del empleado lesionado sobre los detalles del incidente y obtuvo nombres de los testigos? |  Sí  No |
| ¿Obtuvo declaraciones de todos los testigos con información (directa o indirecta) respecto al incidente o a la lesión? |  Sí  No |
| ¿Analizó las medidas de seguridad que estaban en vigor al momento de la lesión? |  Sí  No |
| ¿Analizó si fue una falla en el equipo o en algún mecanismo, u otra persona/parte (contratista, etc.) un factor en el incidente o lesión? |  Sí  No |
| ¿Ha revisado y evaluado toda la documentación para identificar la causa del incidente (incluyendo las circunstancias precedentes a la lesión)? |  Sí  No |
| ¿Ha tomado medidas, tales como capacitación o controles de carácter técnico para implementar soluciones de manera que este tipo de incidentes no vuelvan a ocurrir? |  Sí  No |
| ¿Reportó este incidente a Employer Resources Northwest (ERNWest)? |  Sí  No |
| ¿El trabajador fue hospitalizado/internado? ¿Hubo un incidente mortal, pérdida de un ojo o amputación? **De ser así, DEBE reportar el incidente a LNI 800-4BE-SAFE Y prepararse para una posible inspección de LNI.** |  Sí  No |
| ¿Ingresó esta lesión/incidente en la bitácora OSHA 300 (si aplica)? |  Sí  No |

**Worker’s Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Return To Work Form** {FA2} **Claim Number \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

We are committed to returning our staff member back to work as soon as medically possible and we need your help! Please give this document back to our employee during your visit with them, they are required to return this to us within one (1) business day so we can try and assist in their rehabilitation by providing modified work. **YOU CAN BILL FOR FILLING OUT THIS FORM BY USING L&I CODE 1074M.**

We have identified multiple modified-duty options for our staff members, please check one. Unless otherwise specified here \_\_\_\_\_\_\_\_ (indicate # of hours per day & days per week), we are assuming this modified duty is approved for 40 hours per week. Below, we have outlined modified jobs we can provide, please check ANY JOB to which our employee is released and cross out any task our employee should not be performing.

**Regular Work**

🞏 **Return to work with no restrictions**

OR

🞏 **Modified Duty – Select one of the following:**

**🞏 Crew Assistant: Up to 20 pounds**

**Essential Functions -** Individuals employed in this capacity will be responsible for tasks that include but not limited to assists other crew members with obtaining necessary supplies and equipment to successfully complete an assigned project(s) where necessary supplies and equipment are maintained on the work-site. Individual may assist with holding or placing items with/for co-workers. Assists crew members with providing required tools or supplies as needed to expedite the project. Inventories supplies and reports quantities for determining amounts on-hand. Performs necessary housekeeping tasks to keep project area free of debris. Ensures walkways are clear of tripping hazards to ensure garbage, debris, hoses, cables, cords, etc. Ensures safety or warning signs are place correctly and remain in place. Assist with unloading or loading of vehicle with supplies and equipment. These tasks will be repeated throughout the work shift and may include at multiple work sites throughout the day until the work shift completed.

**Standing:** Frequent **Carrying:** 0 - 20 lbs. **Grasping/Handling:** Frequent **(Forceful Occasionally)**

**Sitting:** Rare **Lifting:** 0 - 20 lbs. **Bending/Squatting:** Occasional

**Walking:** Frequent **Push/Pull:** 0 - 20 lbs. **Twisting/Climbing:** Occasional

**🞏 Supply/Equipment Runner: Up to 15 pounds**

**Essential Functions -** Individuals employed in this capacity will be responsible for tasks that include but not limited to assists operations with obtaining necessary supplies and equipment necessary to successfully complete an assigned project(s) where necessary supplies are obtained, other project locations, or main business location. Verifies type and quality of supplies and materials are correct before departing supplier location and ensuring loaded supplies and materials are safely loaded and the supplies and materials and appropriately secured to the vehicle within physical capacities before leaving the supplier location. Upon arrival at work site removes tie down devices within physical capacities. As vehicle is unloaded, perform necessary work site housekeeping and pick up trash and other material and supplies to be disposed with their physical capacities. Once vehicle is off loaded, if necessary assists with loading of material and supplies that may need to be removed from a work site to be delivered to another. While loading is completed will inventory items to be loaded and annotate type and quantity of supplies and materials being transported. These tasks will be repeated throughout the work shift and may include multiple work sites throughout the day until the work shift completed.

**Standing:** Occasional **Carrying:** 1 - 15 lbs. **Grasping/Handling:** Frequent **(Forceful Seldom)**

**Sitting:** Occasional **Lifting:** 1 - 15 lbs. **Bending/Squatting:** Occasional

**Walking:** Occasional **Push/Pull:** 1 - 15 lbs. **Twisting/Climbing:** Rare

Please see next page 🡪

**🞏 Shop/Site Assistant: 0-10 pounds alternate sit/stand/walk at discretion**

**Essential Functions -** Individuals employed in this capacity will be responsible for tasks in support of the shop staff performing duties which include but are not limited to receive, verify and count incoming orders; inventory raw materials and components; stock materials/supplies using material handling devices; dispense or receive tools and equipment; store/clean/stock tools and equipment after use and ensure scheduled vehicle are loaded with required tools, equipment, and supplies; schedule tool and equipment maintenance; paint or label tools and equipment (company i.d,); sort tooling and hardware; cleaning company vehicles; performing general housekeeping.

**Standing:** Occasional **Carrying:** 1 - 10 lbs. **Grasping/Handling:** Frequent **(Forceful seldom)**

**Sitting:**  Occasional **Lifting:** 1 - 10 lbs. **Bending/Squatting:** Seldom

**Walking:** Occasional **Push/Pull:** 1 - 10 lbs. **Twisting/Climbing:** Rare

**🞏 Administrative Assistant: 0-5 pounds alternate sit/stand/walk at discretion**

**Essential Functions -** Individuals employed in this capacity will be responsible for tasks that include but not limited to working in support of the office staff performing clerical duties which include but are not limited to opening, sorting, and dispensing mail; copying or scanning documents; creating file folders and filing invoices; working on a computer to complete data entry or document preparation; maintains inventory of office supplies and other materials; completes company manual and log updates or corrections as assigned; and performs other related duties as assigned by the direct supervisor.

**Standing:** Occasional **Carrying:** 1 - 5 lbs. **Grasping/Handling:** Frequent **(Not forceful)**

**Sitting:**  Occasional **Lifting:** 1 - 5 lbs. **Bending/Squatting:** Not Required

**Walking:** Occasional **Push/Pull:** 1 - 5 lbs. **Twisting/Climbing:** Not required

# DEFINITIONS

**Rare: 0% - 10%**

Occasional: 11% - 33%

**Frequent: 34% - 66%**

**Constant:**  **67% - 100%**

( ) -

Medical Provider Signature  **REQUIRED** Date Medical provider name and phone

***This form should be returned to the injured employee during their appointment to facilitate a quick return to work. If this is not possible, please fax it to 877-717-0590.***

**Return-to-Work Form** {FA2}

\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_, 20\_\_\_

**RE: # de reclamo L&I:**

Estimado ,

Me complace ofrecerle empleo con que adaptará sus capacidades físicas actuales. El empleo es de . Este empleo está disponible de forma razonablemente continua y pueden hacerse modificaciones adicionales basadas en resultados médicos objetivos y restricciones físicas vinculadas. Los detalles de esta oferta estarán sujetos a todos los requisitos de contratación y empleo y pueden incluir verificación de elegibilidad laboral y pruebas de dopaje. Una descripción detallada del empleo que fue aprobado por su proveedor de atención médica con fecha \_\_\_ \_, 20\_\_ ha sido anexada para su revisión. Las especificaciones de esta oferta incluyen más no están limitadas a:

1. Deberá presentarse a trabajar el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_, 20\_\_\_\_\_\_ a las \_\_\_:\_\_\_ am/pm (circular) en la siguiente dirección:

1. Su turno comenzará a las \_\_\_:\_\_\_ am/pm y durará hasta las \_\_\_:\_\_\_ am/pm \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Estará programado para \_\_\_\_\_ horas a la semana. Esto está basado en su patrón de empleo previo a la fecha de su lesión.
2. **Deberá reportarse con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quien será su supervisor directo**, y ha sido informado acerca de sus capacidades físicas.
3. Su salario será de $\_\_. \_\_\_ por hora y recibirá beneficios conforme a la política de su compañía.
4. Si tiene consultas médicas adicionales, debe programarlas fuera de sus horas de trabajo a menos que sean aprobadas por un supervisor, o programadas por L&I.
5. Conforme sea necesario, se proveerá capacitación para completar satisfactoriamente las tareas asignadas que no hayan sido realizadas previamente.
6. Si usted experimenta alguna dificultad en la realización de sus labores, debe reportarlo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lo más pronto posible. No debe encargarse usted solo de ejecutar cualquier labor que sobrepase sus limitaciones físicas determinadas por su proveedor de atención médica. Si trabajara voluntariamente por encima de limitaciones físicas según lo prescrito por el médico que lo atiende, medidas serán o podrán ser tomadas conforme a la política de la compañía.
7. Esta relación laboral es a voluntad, lo cual significa que tanto nosotros como patrones y usted como trabajador, somos libres de terminar esta relación en cualquier momento con o sin causa.

**Al recibir esta carta, favor de ponerse en contacto conmigo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , al ( ) - para aceptar o rechazar esta oferta de trabajo.** Si no estuviera disponible, por favor déjeme un mensaje, ya que soy la única persona autorizada que puede aceptar su decisión. Este puesto está disponible inmediatamente si usted desea regresar a trabajar antes de la fecha de inicio.

El Departamento de Labor e Industria ha sido notificado acerca de esta oferta de trabajo. Por favor, marque la opción correspondiente y envíe de regreso esta carta a mi nombre, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en persona, o con matasellos postal previo a la fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_, 20\_\_ a las \_\_\_:\_\_\_ am/pm. Si usted no se presentara a trabajar el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_, 20\_\_ a las \_\_\_:\_\_\_ am/pm sus beneficios de reclamo podrían verse afectados.

\_\_\_\_\_ ACEPTO ESTA OFERTA

\_\_\_\_\_ RECHAZO ESTA OFERTA (podría afectar el beneficio de L&I de compensación por tiempo perdido)

Firma del trabajador Fecha

Atentamente,

Documento adjunto: Descripción del empleo aprobado por el proveedor de atención médica

Con copia para: Gerente de Reclamos de L&I, Gerente de Reclamos de ERNwest, Proveedor de Atención Médica