

Accident Investigation Packet (Spanish)



Contents

1. Accident Investigation Checklist
2. Employee Report of Injury
3. Medical Communications Authorization
4. Declination of Treatment
5. Supervisor's Accident Investigation Summary
6. Witness Incident Report (2 copies)
7. First Fill Form

3CU.com
1-866-641-23CU



ThirdCoast
Underwriters

Part of the AF Group

Third Coast Underwriters is a division of AF Group and its subsidiaries. All policies are underwritten by a licensed insurer subsidiary of AF Group.



Accident Investigation Checklist

If there is a serious trauma or emergency medical condition, take the employee for immediate medical treatment or call 911.

Have the accident scene and/or equipment involved preserved.

If the medical condition is not an emergency, complete the investigation and take the employee for treatment to a designated occupational clinic for examination, treatment and drug and alcohol testing pursuant to company policy.

- Inform the physician that the company will attempt to accommodate modified duty work, if restrictions are needed, and ask the physician to address the injured employee's work capabilities and/or restrictions.

[] MAKE SURE ANY EVIDENCE IS PRESERVED:

- Save all equipment that failed that may have contributed to the incident
- Take photos of the scene or condition
- Do NOT throw away or discard evidence
- Do NOT have equipment repaired that failed until the claim is fully investigated by Third Coast Underwriters

[] EMPLOYEE ACCIDENT REPORT:

- Have the injured employee explain and show you (if possible) how, when, where and why they were injured
- Identify any witnesses
- Was there an unsafe condition that caused or contributed to the loss?
- Make sure you understand exactly what the injury/injuries are
- Repeat everything back to the employee in a summary, so you make sure you have understood correctly
- Have the injured employee write down what happened on the Employee Accident Report (in the injured worker's own words)
- Review the report with the employee to make sure it is consistent with what you learned from the interview, including a list of all specific body parts injured (ex: left or right, upper or lower, etc.)
- Discuss any discrepancies with the employee to understand where any disconnect occurred in your interview. Then have the employee amend their report as appropriate, to be consistent with your discussions.
- All written statements should be completed by the employee in their own words, signed and dated

[] WITNESS STATEMENT (Follow the same process for any witnesses.)

[] SUPERVISOR ACCIDENT INVESTIGATION SUMMARY

[] MEDICAL COMMUNICATIONS RELEASE

[] PROVIDE FIRST FILL FORM TO INJURED WORKER AFTER PAPERWORK IS COMPLETED

Report the Injury to 3CU



Lista de verificación del accidente

En el caso de un trauma de gravedad o una condición médica de emergencia, lleve al empleado a que reciba atención médica inmediata o llame al 911.

¿Se ha mantenido intacta el área y/o el equipo involucrado en el accidente?

Si la condición médica no es una emergencia, complete la investigación y lleve al empleado a que reciba atención médica en una clínica ocupacional designada para que lo examinen, para que reciba tratamiento o para un examen de drogas o alcohol en conformidad con las normas de la compañía.

- Informe al médico que la compañía tratará de acomodar cualquier cambio en las responsabilidades del trabajo, si alguna restricción es necesaria, y pida al médico que trate de dirigir su atención a la capacidad laboral o las restricciones del trabajador lesionado.

[] ASEGÚRESE QUE SE MANTENGA CUALQUIER EVIDENCIA

- Guarde todo el equipo que no funcionó bien y que tal vez haya contribuido al incidente
- Saque fotos de la escena o las condiciones
- No TIRE ni se deshaga de ninguna evidencia
- No REPARE ningún equipo que no haya funcionado bien hasta que el reclamo haya sido completamente investigado por Third Coast Underwriters

[] INFORME DE ACCIDENTE A UN EMPLEADO

- Pida al empleado lesionado que le explique y le muestre (si es posible) cómo, cuándo, dónde y por qué se lastimó
- Identifique a cualquier testigo
- ¿Hubo alguna falta de seguridad que causará o contribuyera a la pérdida?
- Asegúrese de que usted entiende exactamente cual es la lesión o las lesiones
- Repítale al empleado, de forma resumida, todo lo que le contaron para asegurarse que usted lo comprendió bien
- Pida al empleado lesionado que escriba todo lo sucedido en Informe de Accidente a un Empleado (en las palabras mismas del empleado)
- Repase el informe con el empleado para asegurarse de que concuerda con lo que usted descubrió en el interviú, incluyendo una lista de todas las partes específicas del cuerpo que fueron lesionadas (por ejemplo: izquierda o derecha, parte alta o parte baja, etc.)
- Discuta con el empleado cualquier discrepancia que haya para asegurarse de cuál es el punto dónde ocurrió la discrepancia durante su interviú. Entonces haga que el empleado incluya la enmienda necesaria en su informe para asegurarse que el informe coincide con el interviú
- Todas las declaraciones han de completarse por el empleado en las palabras mismas del empleado, y deben firmarse e incluir la fecha

[] DECLARACIONES DE UN TESTIGO (Siga el mismo procedimiento para cualquier testigo)

[] RESUMEN DEL SUPERVISOR DE LA INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE

[] COMUNICADO DE LAS COMUNICACIONES MÉDICAS

Informe la Lesión a 3CU



Reporte de Lesión del Empleado

Su Nombre: _____

Nombre de su Empleador: _____

Dirección:(Calle #, Calle Apt #, RR #) _____

Dirección:(Ciudad Estado Código Postal) _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social : _____

Hombre: _____ Mujer: _____

Teléfono Casa: (____) _____ Celular Personal: (____) _____

Trabajo: (____) _____

Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: (____) _____

Altura: _____ P eso: _____ Peso: _____

Circule el nivel más alto de educación completado:

GED Diploma de Secundaria Diploma de Asociado Diploma de 4 años

¿Dónde completó su nivel más alto de educación? _____

Enumere otro entrenamiento o educación: _____

¿Usted tiene niños? (S or N) _____ Si tiene, proporcione sus nombres y fechas de nacimiento _____

¿Es Ud. financieramente responsable de otra persona? (S or N) _____

Si sí, indique de quien es Ud. responsable y por qué: _____

¿Puede Ud. leer Inglés (S or N) _____ Español (S or N) _____ Polaco (S or N) _____

Otro: _____

Fecha de empleo: _____ Ocupación: _____

Capataz: _____

¿Es Ud. miembro de una unión? (S or N) _____

Si sí, ¿De cuál unión es Ud. miembro? _____

¿Por cuánto tiempo ha sido Ud. miembro de esa unión? _____

Salario Semanal: _____ Precio por Hora: _____

Horas por semana: _____

¿Trabaja Ud. horas extras? (O/T)? (S or N) _____

Si sí, ¿Cuántas horas trabaja por semana? _____

¿Son mandatarias las horas extra? (S or N) _____



Si Ud. es pagado por Salario, escriba su salario anual: _____

Tiene Ud. otro trabajo? (S or N) _____

¿Tenía Ud. un Segundo trabajo cuando ocurrió la lesión? (S or N) ____ Si sí, proporcione el nombre, dirección y número telefónico de ese empleador: _____

_____ ¿Es Ud. independiente o posee su propio negocio?: (S or N) _____

Si sí, por favor indique el tipo de negocio y el nombre de la compañía: _____

Si Ud. está perdiendo tiempo de ese patrón, ¿qué es él y cuánto gana? _____

¿Fue su lesión

un resultado de su empleo con el empleador nombrado arriba? (S or N) _____

Fecha de la lesión: _____ Día de la semana: _____

Hora de cuando se lesionó: _____

¿Fue reportada la lesión a su gerente / supervisor: _____

¿A quién se le informó? _____

¿Cuál supervisor le dijo que hiciera lo que estaba haciendo cuando sufrió la lesión?

Si nadie le dijo que hiciera la actividad que estaba haciendo cuando sufrió la lesión,

¿Por qué lo estaba haciendo: _____

¿Adónde ocurrió la lesión? (Dirección, Nombre del trabajo, localización exacta en la dirección)

Explique en detalle lo que causó la lesión?

Enumere a todos los testigos de la lesión: _____

¿Qué hubiera prevenido la lesión? : _____

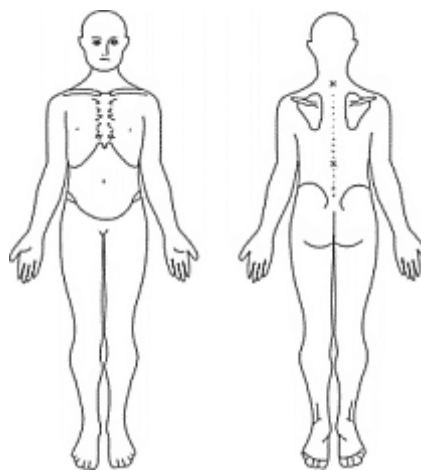
Si Ud. fuera a realizar la misma tarea de nuevo, indique lo que haría diferente y el por qué: _____



Nombre a cualquiera persona, con excepción de su patrón, que le mandó a que realizara su trabajo a la hora de la lesión:

¿Fue causada la lesión debido a la falla de alguna herramienta o un dispositivo? (Y or N) _____
Si sí, explique lo que fue, a quién pertenecía, quién le dio permiso o lo dirigió a que Ud. lo usara, cómo le falló el artículo e indique dónde está el artículo ahora: _____

Enumere cualquiera condición insegura, si es que hay, que haya contribuido a la lesión: _____



Dibuje una flecha señalando directamente a cualquier trauma. Ponga una "X (s)" donde tiene dolor, describa el tipo de dolor al lado de la(s) área(s) afectada(s)

¿Qué parte(s) de su cuerpo fue dañado? (Liste TODAS las partes del cuerpo dañadas) _____

Describa el tipo / naturaleza de lesión de cada parte dañada del cuerpo : _____

¿Se ha lesionado Ud. antes cualquiera de esas partes del cuerpo? (S or N) _____

Si sí, indique la parte del cuerpo lesionada, cuál fue su diagnóstico Y cuándo le dieron de alta de cuidado para cada condición: _____

Diga adónde, cuándo y quién le trató cada lesión: _____

Liste a todos los doctores y nombre de lugares donde ha sido tratado por esta lesión, direcciones y números de teléfonos: _____



¿Quién es su doctor tratante primario? ?_____ ¿Dónde?_____

¿Por cuánto trabajara del todo? ? _____

¿Algún doctor le ha restringido su capacidad de trabajar debido a esta lesión? (S or N) _____

Si sí, ¿ lo restringieron o le autorizaron que no ? _____

¿Por cuánto tiempo? De _____ a _____

Tiene una posible fecha para regresar a trabajar? (S or N) _____ Cuándo? _____

¿Cuándo fue su primera cita con el doctor? _____ ¿La fecha de su última cita? _____

¿Su próxima cita? _____

¿Le presentó a su patrón la nota de su doctor? (S or N) _____

Si sí, ¿en qué fecha se la dio y a quién? _____

¿Le

ordenó el doctor alguna restricción permanente alguna vez? (S or N) _____

Si sí, mencione la restricción que le ordenaron, diga quién le ordenó la restricción, y cuando: _____

¿Alguna vez antes Ud. ha recibido beneficios de compensación para trabajadores? (S or N)_____

Si sí, mencione el estado en donde se enlistó para recibir beneficios, el empleador para quien trabajaba en ese tiempo, y cuál fue la lesión que Ud. sufrió? _____

Enumere otros problemas de salud no mencionados que tiene que le puedan complicar su recuperación; tal como diabetes, hipertensión, etc.. _____

Le han hecho alguna vez un IRM o un CT-Scan ? (S or N) _____

Si sí, en qué parte(s) del cuerpo, adónde se lo hicieron, wCuándo se lo hicieron, y qué le encontraron? _____

(Ganancias extras obtenidas mientras recibe beneficios de compensación para trabajadores de nosotros se debe reportar inmediatamente a los patrocinadores de Third Coast. Reporte prontamente a su empleador cualquiera restricción que le hayan dado para tratar de podérselas acomodar. Pídale a su doctor en cada cita que especifique el tipo de trabajo que puede hacer y cuáles restricciones necesita, si es que se le requiera alguna)

Yo certifico que he leído la información en este papel y que he contestado las preguntas completamente, con veracidad y con mi mejor conocimiento.

Firma: _____

Fecha: _____



Autorización de Comunicaciones Médicas

Yo incondicionalmente autorizo a todos los doctores, médicos autorizados, practicantes de medicina, cirujanos, doctores de osteopatía, quiropractores, cualquier lugar médico relacionado, compañías de seguro, otras organizaciones, corporaciones, instituciones, o personas, que tienen expedientes, conocimiento e información, incluyendo mi salud mental o física, historia, condición o bienestar, a que suministre esa información a mi empleador y a sus aseguradores incluyendo a Third Coast Underwriters, Accident Fund Insurance Compañía de America, sus administradores de terceras demandas, abogados, consultantes, enfermeras y vendedores que puedan participar en la evaluación y reclutamiento de información para determinar mi derecho a beneficios bajo cualquier compensación de trabajadores o actas de enfermedades ocupacionales, o en coordinación de una rehabilitación médica o vocacional. Esta autorización incluye, pero no esta limitada al, equipamiento y a la entrega de copias de notas reproducidas o fotografiadas, reportes, expedientes, formas tomadas, y películas.

Yo expresamente autorizo a cualquier doctor tratante u otro proveedor de cuidado médico a que se comunice ya sea oralmente o por escrito con las entidades arribas descritas con respecto a mi cuidado y tratamiento pasado, presente y futuro, y cualquier otros problemas, incluyendo pero no limitado, a mi diagnóstico, pronóstico, la causal conexión de cualquiera lesión o condición de enfermedad a mi empleo, plan de tratamiento, naturaleza y grado de la lesión, y mi capacidad de trabajar. Por este medio, renuncio a cualquier privilegio de doctor-paciente resultante de cualquier consulta, examen, o tratamiento con o por usted, y cualquiera regulación relevante bajo el Acta de Portabilidad & Contabilidad del Seguro de Salud. Además, cualquier doctor o proveedor médico está autorizado a repasar y discutir cualquier expediente adicional, películas o información proporcionada a ellos.

Entiendo que estoy autorizando a las personas, organizaciones o entidades referidas arriba a compartir y a comunicar mi información y que no pueden condicionar tratamiento, pago, la inscripción en un plan de salud, y la elegibilidad para beneficios de cuidado médico basadas en mi decisión de firmar esta autorización. Sé que la ley federal tal vez no proteja mi información ya una vez revelada, y que mi información puede ser compartida con otra persona después de haber sido revelada. Entiendo que tengo el derecho de rescindir esta autorización en cualquier momento, y que la revocación de esta autorización debe hacerse por escrito. Sé que cualquiera comunicación o acción hecha antes de la revocación de esta autorización no serán afectadas por una revocación.

Una fotocopia de esta autorización será tan válida como la original. Esta liberación permanecerá válida por la duración de la compensación de trabajadores o la demanda de enfermedad ocupacional, a menos que esté expresamente revocada por escrito. Entiendo que después de firmar esta autorización, se me dará una copia de esta.

He leído y entendido la información contenida en esta liberación de comunicación médica.

Número de Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____

Date: _____

Nombre impreso: _____

Dirección: _____



Rechazo de Tratamiento

Es nuestra política asegurarnos de proveerle con un eficaz servicio y un tratamiento médico apropiado cuando se trata de lesiones que ocurren en el lugar de trabajo. Sin embargo, en ciertas ocasiones cuando un empleado sufre una lesión, no se necesita de tratamiento formal.

Cuando un empleado sufre una lesión en el trabajo, dicha lesión tiene que ser documentada para poder ofrecer un tratamiento adecuado. No obstante, el empleado tiene la opción de declinar el tratamiento formal que se le ofrece pero tendrá que firmar este documento indicando que no está interesado/a en tomar los servicios médicos que se le ofrecen. La compañía continuará monitoreando la resolución de los reclamos o lesiones hasta que la situación se haya resuelto por completo.

En caso de que la condición del empleado no muestre mejorías o empeore durante el tiempo de monitoria, el empleado tendrá que hacerse una nueva evaluación para asegurarnos que el empleado está recibiendo el tratamiento adecuado. En ciertos casos, el empleado tendrá que asistir al doctor para recibir una evaluación aunque no haya rechazado recibir tratamiento médico.

Fecha en que ocurrió la lesión: _____

Nombre del empleado/a que sufrió la lesión: _____

Nombre del supervisor/a: _____

Parte o partes del cuerpo que se lastimó:

No deseo obtener tratamiento médico en este momento. Si mi condición se empeora o cambio de parecer acerca de recibir tratamiento, le informaré a mi supervisor/a lo antes posible.

Fecha: ___/___/___

Empleado/a que sufrió la lesión: _____

Nombre del supervisor/a: _____

Mis lesiones están completamente resueltas. Fecha: ___/___/___

Empleado/a que sufrió la lesión: _____

Nombre del supervisor/a: _____





Supervisor's Accident Investigation Summary

Your Name, Address, Phone: _____

Project name and location: _____

How long have you been on this job site? _____

How long has the injured employee been on this job site? _____

Injured worker's name & phone : _____

Occupation of injured employee: _____

Name of union and local #: _____

Injury date & time: _____ Nature of injury (cut, broken bone, etc.): _____

Part(s) of body injured (be specific): _____

Did the employee return to work (Yes or No) _____ Date returned _____

How many days of work were missed? _____

State exactly where the accident occurred: _____

What task was the employee performing at the time of the accident?

What went wrong?

Was the employee doing what he was supposed to be doing at the time of accident? (Yes or No) _____ Explain: _____

Did the employee utilize all safety equipment and follow all safety procedures at the time of loss?

(Yes or No) _____ Explain: _____

Did another employee, someone or something else cause or contribute to the accident because of improper procedure, failure to follow protocol, use of equipment, or equipment failure? (Yes or No) _____

Explain: _____

Had the employee been given proper instructions? (Yes or No) _____

Was he following those instructions? (Yes or No) _____

Is there anything you will do differently as a supervisor as a result of this accident? _____

List names, addresses and phone numbers of all witnesses: _____

Signature: _____ Date: _____



Resumen de la Investigación de Accidente del Supervisor

Su Nombre, Dirección, Teléfono: _____

Nombre del Proyecto y su Local: _____

¿Cuánto tiempo ha estado en este sitio de trabajo? _____

¿Por cuánto tiempo ha estado trabajando en este sitio el empleado lesionado? _____

Nombre del Empleado lesionado/teléfono : _____

Ocupación del empleado lesionado: _____

Nombre de la Unión y # del Local #: _____

Fecha de la lesión/Hora : _____ Naturaleza de la Lesión (Herida, hueso quebrado, etc.): _____

Parte(s) del Cuerpo Lesionada(s) (sea específico): _____

¿Regresó el empleado al trabajo (S or N) _____ Fecha del Regreso _____

¿Cuántos días de trabajo faltó? ? _____

Diga exactamente dónde ocurrió el accidente: _____

¿Qué tarea estaba haciendo el empleado cuando ocurrió el accidente?

¿Qué fue lo que falló?

¿Estaba el empleado haciendo lo que estaba supuesto a estar haciendo a la hora del accidente? (S or N) _____ Explique: _____

¿Le habían dado al empleado las instrucciones apropiadas? (S or N) _____ Explique: _____

Utilizó el empleado todo equipo de seguridad y siguió todas las medidas de seguridad en el momento de la pérdida? (S or N) _____ Explique: _____

¿Le habían dado al empleado las instrucciones apropiadas? (S or N) _____

¿Estaba él siguiendo esas instrucciones? (S or N) _____

¿Como supervisor, hay algo que Ud. haría diferente como resultado de este accidente? _____

Liste nombres, direcciones y números de teléfonos de todos los testigos: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Witness Incident Report

Witness name: _____
 Witness phone #: _____
 Witness address: _____
 Who was injured? _____
 Date/Time of the incident: _____

What is your relationship to the injured employee? _____
 Did you actually see the incident happen? (Yes or No) _____

What did you see or hear? _____

Describe fully how accident occurred: (including all relevant events that occurred before the incident)

How could this incident have been prevented? _____

Describe the nature of the injuries sustained by the injured employee? _____

Did the employee utilize all safety equipment and follow all safety procedures at the time of loss?
 (Yes or No) _____
 Explain: _____

Did another employee, someone or something else cause or contribute to the accident because of improper procedure, failure to follow protocol, use of equipment, or equipment failure?
 (Yes or No)? _____
 Explain: _____

Witness Signature: _____ Date: _____

**The witness should complete and sign the document.
 Do not include information you did not see or hear yourself.**



Reporte del Testigo del Incidente

Nombre del testigo: _____

de Teléfono del Testigo #: _____

Dirección del Testigo: _____ Quién fue lesionado? _____

Fecha & Hora del incidente: _____

¿Cuál es su relación con el empleado lesionado? _____

¿Vio Ud. realmente al incidente cuando sucedió? (S or N) _____

¿Qué fue lo que vio/oyó? _____

Describe exactamente cómo ocurrió el accidente: (incluya todos los acontecimientos relevantes que ocurrieron antes del incidente)

¿Cómo se pudo haber prevenido este incidente? _____

Describa la naturaleza de lesiones sufridas por el empleado lesionado? _____

¿ Utilizó el empleado todo equipo de seguridad y siguió todos los procedimientos de seguridad a la hora de la pérdida?

(S or N) _____

Explique: _____

¿Otro empleado, alguien u otra cosa que causó o contribuyó al accidente debido a un procedimiento incorrecto, falta de seguir ? (S or N)? _____

Explique: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

**El Testigo debe completar y firmar el documento.
NO incluya información que Ud. mismo no vio ni oyó**



Founded in 1912, AF Group (Lansing, Mich.) and its subsidiaries are a premier provider of innovative insurance solutions. Rated "A-" (Excellent) by A.M. Best, AF Group is a nationally recognized holding company conducting business through its brands: Accident Fund, United Heartland, CompWest and Third Coast Underwriters.
