

PRIMER INFORME DE LA LESIÓN DEL EMPLEADO

Pinnacol Assurance – Compañía de seguro en caso de accidentes laborales en el distrito

Teléfono #: 1-800-873-7242 e-mail: www.pinnacol.com

Los reclamos de compensación a causa de lesiones en el Distrito Escolar de Thompson están sujetos a los estatutos C.R.S. § 8-42-124 y a la política GBDG del Consejo Educativo

Información del trabajador lesionado

Nombre:		Número de empleado ID #:	
Dirección:		Teléfono:	
Fecha de nacimiento:	Estado civil:		Ocupación:
Hora de entrada: <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm	Hora de salida: <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm	Días de trabajo a la semana:	Horas de trabajo por semana:

Información del accidente / lesión

Fecha de la lesión:	Hora de la lesión: <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm
Nombre del supervisor a quien le ha notificado:	Fecha cuando notificó al supervisor:
El accidente fue en las instalaciones del empleador: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Dirección de donde sucedió la lesión: (*Nombre de la escuela o edificio* y Dirección si no fue en una instalación del distrito):

¿Cómo sucedió la lesión? Describa **detalladamente** cómo se lesionó. **Describa la causa del accidente:**

Actividad específica que estaba haciendo cuando se lesionó (*ej. moviendo equipo, demostrando una lección/tarea, etc.*)

Causa de la lesión (marque todo lo que aplique): Resbalón/tropezón/caída Comportamiento agresivo Distensión/esfuerzo

Golpeado/atrapado Otro (quemaduras/cortadas)

Mencione todas las partes del cuerpo lesionadas: (especifique si es el lado derecho o izquierdo, superior, posterior o en medio, ej. La parte posterior del brazo izquierdo)

¿Qué equipo de trabajo estaba usando en el momento de la lesión, si se aplica?

Testigo:	Teléfono:	Testigo:	Teléfono:
----------	-----------	----------	-----------

Información del proveedor médico (*¿Dónde le dieron tratamiento médico?*) **Por favor marque una de las siguientes opciones**

No tuve tratamiento médico Otro (Primeros auxilios) Llamada al 911

Banner Occupational Health 1703 E. 18th Street, Suite 4 Loveland, CO 80538 Teléfono: 970.820.4580 *****

Banner Occupational Health 3617 S. College Ave. Suite C Ft. Collins, CO 80525 Teléfono: 970.821.3500

Concentra 620 S Lemay Ave, Fort Collins, CO 80524 Teléfono: 970.221.5811 *

MBI 1608 Topaz Drive Loveland, CO 80537 Teléfono: 970.593.0125 * ** ***

MBI 1600 Specht Pt. Rd., Suite 115 Ft. Collins, CO 80525 Teléfono: 970.672.5100

UC Health 221 E. 29th St. Loveland, CO 80538 Teléfono: 970.619.6824

Emergencias: **McKee Medical Center 2000 Boise Avenue Loveland, CO Teléfono: 970.820.4640

***Haga una cita en Work Well, Concentra o Banner dentro de las siguientes 24 horas después de haber ido a emergencias.**

Transporte disponible a la clínica/ **Rayos-X en la clínica/ ***Servicios disponibles en español/ **Horas extendidas**

Firma del empleado:	Fecha:
---------------------	--------

Firma del supervisor:	Fecha:
-----------------------	--------

Mandar a:

Denise Absalom

Título: Especialista en la Administración de Riesgos

Teléfono: 970.613.5003

E-mail: Denise.Absalom@tsd.org

LISTA PARA RECLAMOS DE COMPENSACIÓN PARA EL EMPLEADO LESIONADO/PACIENTE

- Reportar la lesión inmediatamente a su supervisor dentro de 24 horas.
- Llenar el Primer Informe de la Lesión del Empleado del Distrito Escolar de Thompson y mandar por correo electrónico a denise.absalom@tsd.org O por fax a 970-613-6169
- Seguir las órdenes del médico y restricciones de trabajo todo el tiempo si se aplica. Estas restricciones aplican a estar en el trabajo, en su casa, haciendo deportes y actividades recreativas.
- Programar y asistir a sus citas de terapia, tratamiento y visitas médicas después de sus horas de trabajo, cuando sea posible. Si no, puede usar hasta tres días de su tiempo disponible de vacaciones para cubrir las ausencias.
- Las referencias médicas se dejan a la discreción y opinión médica experta del doctor aprobado.
- Regresar a trabajar inmediatamente después ver al doctor ya que le apruebe su regreso a trabajar.
- Comunicarse con su supervisor, la oficina de administración de riesgos y su doctor designado.

Información adicional: Llame a la oficina de administración de riesgos al (613.5003 o 613.5006) Si tiene dudas, necesita información adicional o requiere asistencia.