Estimado(a) miembro del SMSD personal:

Como parte de la prioridad que damos a la seguridad en el lugar de trabajo y al bienestar personal, este paquete está diseñado para ayudarle a obtener el tratamiento adecuado en caso de una lesión laboral. Revise esta información cuidadosamente y siga cada uno de los pasos indicados.

Consulte la página adjunta titulada **PROCEDIMIENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LESIONES LABORALES** para obtener información adicional sobre **Priority One Health Center** y otras opciones de clínicas autorizadas.

- Los proveedores médicos **NO** tratarán su lesión sin el formulario de autorización debidamente completado y firmado.
- Estos formularios están disponibles en cada lugar de trabajo y deben ser firmados por su supervisor, enfermera escolar o administrador del edificio.
- **Asegúrese de llevar el formulario de autorización firmado a la clínica para recibir tratamiento.**

Todas las lesiones requieren un reporte de incidente en línea. Debe completarse a más tardar DOS días después de la lesión.

- La enfermera escolar, secretaria o administrador del edificio deberá completar este reporte.
- También deberá firmar el formulario adjunto a este paquete y devolverlo a **Jennifer Lumley** en el **Center for Academic Achievement (CAA)**, 8200 W. 71st Street.
- Es importante comprender que las facturas relacionadas con su tratamiento médico no pueden ser pagadas sin un reporte de incidente y este formulario firmado.

Después de recibir tratamiento.

- Usted recibirá un informe que indique cualquier restricción física o laboral, o un informe que lo autorice a regresar al trabajo sin restricciones.
- El informe médico sirve como comunicación entre la clínica y su empleador.
- **Usted debe entregar una copia del informe médico a su supervisor para informar cualquier restricción. Otra copia debe ser enviada a la oficina de compensación laboral en el CAA.**
- El informe médico también proporciona información importante para el departamento de nómina si Usted necesita ausentarse del trabajo por un período prolongado.

Su lesión será reportada al Estado de Kansas. La ley estatal exige que usted sea informado adecuadamente de sus derechos, por lo que recibirá comunicaciones del Departamento de Trabajo, División de Compensación Laboral.

Si tiene preguntas o inquietudes, puede comunicarse al **913-993-6497**.

Facturas médicas.

En ocasiones, usted puede recibir facturas médicas en su domicilio relacionadas con lesiones laborales.

- Envíe cualquier factura recibida a Jennifer Lumley en el CAA por fax, correo electrónico, entrega personal o correo interno.
- Si no recibimos las facturas, el proveedor médico podría iniciar procedimientos de cobro.

Si usted desea hablar sobre su reclamación con nuestro administrador de casos, comuníquese con **Kassidy Kleve** al **314-297-0831**.

Atentamente,

Jennifer Lumley,
Teléfono directo: 913-993-6497; FAX: 913-993-6283; Correo electrónico: jenniferlumley@smsd.org

LO QUE DEBE SABER SOBRE LA COMPENSACIÓN LABORAL

Es responsabilidad de cada miembro del personal desempeñar sus funciones de manera que evite accidentes o lesiones para sí mismo y para otros empleados.

- Si observa condiciones inseguras, informe inmediatamente a su supervisor.
- Aunque ocurren accidentes, todo el personal debe conocer la política del distrito escolar y las leyes de Kansas relacionadas con la compensación laboral.
- **Todas las lesiones deben comunicarse inmediatamente a la enfermera escolar, supervisor o administrador.**

Las leyes de Kansas regulan la cobertura de compensación laboral y los beneficios están sujetos a cambios legislativos.
La ley estatal exige que los empleados reporten sus lesiones laborales dentro de los 30 días posteriores al incidente.

- Una lesión estará cubierta de acuerdo con las reglas vigentes durante el año fiscal en el que ocurrió.
    - Una persona lesionada el 30 de junio podría recibir un beneficio semanal diferente al de una persona lesionada el 1 de julio.
- Durante el período del 1 de julio de 2026 al 30 de junio de 2027, un empleado lesionado tiene derecho a recibir el 66-2/3% de su salario promedio semanal, hasta un máximo de **$905.00 por semana** para compensar la pérdida de ingresos.

Si la lesión resulta en una discapacidad permanente, la ley de Kansas proporciona beneficios adicionales. Un empleado lesionado tiene derecho a todos los servicios médicos razonablemente necesarios para curar la lesión y aliviar sus efectos. Según el Estatuto de Kansas 44-515, el Distrito Escolar de Shawnee Mission tiene el derecho de seleccionar el médico tratante.

El Distrito Escolar de Shawnee Mission se autoasegura para la cobertura de compensación a los trabajadores y ha contratado a un administrador externo, Thomas McGee (314-297-0831), para gestionar las reclamaciones y pagar las facturas médicas. Los fondos utilizados para pagar los beneficios de compensación a los trabajadores provienen de la recaudación de impuestos.

Importante

Es muy importante que toda la documentación completada y firmada sea entregada al Center for Academic Achievement (CAA) lo antes posible.

- Una vez presentada la reclamación, un ajustador de **Thomas McGee** será asignado a su caso y se pondrán en contacto personalmente con usted para garantizar que reciba la atención más adecuada.
- **Thomas McGee** no puede pagar gastos médicos hasta que se presente la documentación.
- Los ajustadores poseen amplia experiencia en los beneficios de compensación laboral y la administración médica, y tienen interés en ayudarle a recuperarse por completo. Por favor, asegúrese de comunicar cualquier pregunta o inquietud a su ajustador.
- Si tiene problemas con su reclamación y no se siente cómodo hablando con su ajustador, puede comunicarse con Jennifer Lumley al 913-993-6497 o con la Oficina de Asesoría/Reclamaciones de la División de Compensación Laboral al 1-800-332-0353.(gratis)

Se puede encontrar información adicional en los folletos que el distrito publica anualmente para sus empleados. Las Políticas para el personal certificado figuran en el Acuerdo Negociado entre la Junta de Educación y la NEA. Las políticas para el personal clasificado se encuentran en el Manual de Políticas de Personal para Empleados Clasificados.

Consulte a su administrador o supervisor e identifique dónde se guardan los formularios de compensación por accidentes laborales en su centro de trabajo, a fin de estar preparado en caso de que ocurra una lesión.

PROCEDIMIENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LESIONES LABORALES

Si usted o un compañero de trabajo resultan lesionados en el trabajo, NOTIFIQUE INMEDIATAMENTE A SU SUPERVISOR.

- Administre primeros auxilios.
- Si la lesión pone en peligro la vida, llame al 911 y envíe a la persona lesionada al hospital más cercano.
- Si la lesión **no** pone en peligro la vida pero se necesita una ambulancia, por favor, haga trasladar al empleado lesionado a:

  AdventHealth Shawnee Mission
  9100 W. 74th Street
  Merriam, KS 66204

Advent Health Shawnee Mission es la ÚNICA sala de emergencias autorizada.

- El administrador del edificio, la enfermera o el supervisor deben proporcionar al empleado lesionado el formulario de autorización médica.
- Las clínicas no brindarán tratamiento sin autorización.

Clínicas autorizadas

- **Priority One - Marathon (CAA)**
  - 8200 W. 71st Street
    Overland Park, KS 66204
    913-549-9970
  - Lunes, miércoles y viernes: 7:00 a.m. - 4:00 p.m.
    Martes y jueves: 9:00 a.m. - 6:00 p.m.
    Solo con cita.

KU Med West Occupational Health Clinic

- 7405 Renner Road, Suite D
  Shawnee, KS 66217
  913-588-2200
- Lunes a viernes: 7:30 a.m. - 7:00 p.m.
  Sábado: 8:00 a.m. - 4:00 p.m.
  Domingo: Cerrado
- **Se aceptan pacientes sin cita previa.**

Concentra

- 14809 W. 95th Street
  Lenexa, KS 66215
  913-894-6664
- Lunes a viernes: 7:30 a.m. - 5:00 p.m.
  Se aceptan pacientes sin cita previa.

AUTORIZACIÓN MÉDICA DEL EMPLEADO LESIONADO

Concentra®

Improve the health of America's workforce, one patient at a time.

Employer Services
Patient Information

Reason for Today's Visit

☐ Injury Care ☐Physical exam ☐DOT (CDL) Certification ☐ Drug Screen ☐Other:_____

Social Security# or Military DBN:_____Date of birth (MM/DD/YYYY):_____

Last name: _____First name: _____M.I.:___

Address: _____Apt.#:____ City: _____ST: ZIP: _____

Home phone: Work phone: _____

Cell phone: _____ O Male D Female ☐ Single ☐ Married

Email address:_____Concentra may send a detailed email:☐Yes☐No

For security of your records, all emails containing protected health information (PHI) are sent encrypted.

About Your Employer

Employer Requesting Services

Company name: _____Location/store number: _____

Contact name: Contact phone: _____

Address: _____Ste.#:____ City: _____ST: ZIP: _____

Is your employment arranged through a temporary hire agency? ☐ No D Yes

Name of agency: _____Agency phone: _____

Consent

The information provided is correct to the best of my knowledge. I will not hold Concentra, its health provider, or its employees responsible for any errors or omissions that I may have made in completing the information on this form.

Signature:_____Date: _____

I give permission to Concentra to perform the following services that the physicians and other non-physician providers and assistants may deem to be necessary: (a) medical, surgical, and diagnostic (e.g., including but not limited to x-rays, blood draws, and laboratory tests) processes, treatments, and procedures; (bl administration of injections, medications, and immunizations (with immunizations to occur after my receipt of any applicable vaccine information statements ("VIS" or "VISs"); and (c) completion of medically appropriate tests for communicable and other diseases.

Signature:_____Date:_____

Notice of Privacy Practices

Your name and signature below indicate that you have been made aware of Concentra's Notice of Privacy Practices (N0PP) on the date indicated. You understand that the N0PP is posted in the center and a copy will be provided to you if you request it. If this is your first date of service with Concentra, please indicate this to the front desk receptionist and he/she will provide you a copy of the N0PP. If you have any questions regarding the information in Concentra's Notice of Privacy Practices, contact Concentra's Pm;aey office at 800-819-5571 or privacyoffice@Concentra.com.

Name: (please print) _____Date Notice Received: _____

Signature:_____Date: _____

THE UNIVERSITY OF KANSAS HEALTH SYSTEM

7405 Renner Road, Shawnee, KS 66217

Phone 913-588-2200, FAX 913-588-8423

Use URGENT CARE Entrance



Hours:
Monday – Friday
7:30 am – 7:00 pm

Saturday
8:00 am – 4:00 pm

Sunday
Closed

- ☑ Work Related Injury
- ☑ Initial Visit
- ☑ Follow-up Visit

Employee's Name: _____

Employee's Phone Number: _____

Employer's Name: Shawnee Mission School District, 8200 W 71st Street, Overland Park, KS 66204, Contact phone number 913-993-6497

Date of Injury: _____

Nature of Injury: _____

Authorized by: _____

Building Location:_____

Date:_____

Marathon health
For life.

AUTHORIZATION FOR MEDICAL TREATMENT

Shawnee Mission School District

Patient Name: _____ **Date of Birth:** _____

Date of Work Related Injury or Illness: _____

Nature of Injury: _____

_____

_____

Authorized By: _____ **Date:** _____

Priority One Health Center

Monday	**7am-4pm**
Tuesday	**9am-6pm**
Wednesday	**7am-4pm**
Thursday	**9am-6pm**
Friday	**7am-4pm**

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Yo, el abajo firmante, autorizo a que se permita la inspección o entrega de copias de todos mis expedientes médicos, registros hospitalarios, información médica y radiografías a **Thomas McGee, L.C.,** 120 W. 12th Street, Suite 1000, PO Box 419013, Kansas City, MO 64141-6013. Esta autorización incluye todos los aspectos relacionados con mi tratamiento y atención médica, ya sea que estos se hayan prestado en mi nombre o a petición de otro proveedor de atención médica. Una copia fotocopia o una copia por fax tendrá la misma validez que el original.

Nombre del empleado (letra de molde): _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de identificación del empleado: _____

Últimos 4 dígitos del Seguro Social: _____

Firma: _____ Fecha de hoy: _____