

DECLARACION DE EMPLEADO Y INFORMACION

(SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO)

El nombre de empleado		
La fecha del nacimiento	Número del seguro social	
Dirección de calle		
Código postal	Número de teléfono	
Correo electrónico (la dirección)	La posición del trabajo/titulo	
La fecha de empleo	Departamento	
Supervisor directo	Horario de trabajo normal (días de la semana)	
Promedio de horas trabajada por semana	Sueldo de Semana y por hora	
Detalles del accidente: ¿Cómo se hirió?		
¿Que trabajo estaba realizando en aquel momento del accidente?		
¿Lista las Heridas exactas sostenido y a qué parte de su cuerpo? Lista todas las Heridas.		
¿A quién reporto usted la herida?	Cuando hizo el reporte (la Fecha y el Tiempo)	
¿Hubo testigo al acontecimiento? Si eso es el caso, lista por favor sus nombres.		
Imprima Nombre	Firma	Fecha
<p><i>Certifico que ejecutando y firmar este documento que esto es un reporte verdadero y exacto de las circunstancias que ocurrieron en la fecha de mi herida/accidente listado arriba.</i></p>		

LA INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE DEL SUPERVISOR

Nombre de el empleado	El Número del seguro social:	La fecha del Nacimiento
La Posición del Trabajo del empleado/Titula:		La fecha de Empleo:
El Supervisor Directo del empleado:		
La fecha de Accidente:	El tiempo de Accidente:	En el local del asegurado: Si o No
¿A Quién reporto el Accidente de el Empleado?		
¿Cuándo fue reportado el Accidente? (Incluya la Fecha y el Tiempo) :		
Actual location de accident (posición física en el local del asegurado o dirección si accidente lejos de sitio)		
Liste todo testigo al accidente: El nombre: La dirección: El teléfono: El nombre: La dirección: El teléfono: El nombre: La dirección: El teléfono:		
¿Fue tomado el Empleado para el Cuidado Médico? Si o No		
Tomado por: El empleador o solo (círcula)		
¿Perdió el Empleado tiempo del trabajo? Si o No	La fecha que Regresó Trabajar:	
El nombre de Proveedor Médico (incluya Dirección/Teléfono si es posible)		
Describa en Detalle el Accidente como fue reportado primero a usted		
¿Qué revelo la Investigación fue la causa del accidente?		
En general Comente acerca del Accidente/Acontecimiento:		
Firma/Completado por:	Posicion/Título:	La fecha:

DECLARACION DE TESTIGO

El nombre de la Compañía:	La fecha de Incidente:
El nombre del Empleado Herido:	El nombre del testigo
La dirección:	El Número telefónico:
¿Mismo empleador como empleado herido? Si o No Si no, empleado por: El número telefónico del empleador:	
¿Es relacionado al empleado herido? Si o No	¿Si "SI", cómo?
¿Cuánto tiempo conoce a este empleado?	
La fecha y el tiempo de la herida. ¿Realmente vio usted esta herida suceder? Si o No ¿Si no, cómo sabe usted de ello?	
¿Que cerca al empleado herido fue usted en aquel momento de la herida?	
Explique por favor con todo detalle lo que usted sabe de este incidente:	
¿Jamás habló este empleado con usted acerca de ser dolido en el trabajo? Si o No ¿Si "SI", cuál fue la fecha y el tiempo que esta conversación sucedió? ¿Qué dijo el empleado?	
¿Sabe de cualquier otra herida, del accidente, o de enfermedad este empleado ha tenido? Si o No Si "SI", explica por favor:	
Dé los nombres de cualquier otras personas que quizás sepan de este accidente/herida: _____ _____ _____	
Los comentarios adicionales:	
<u>Al mejor de mi conocimiento, esta declaración es verdadera y correcta</u>	
La firma del Testigo:	La fecha:

OFERTA DE TRATAMIENTO MEDICO DECLINADA

El Nombre del empleado	El Número del seguro social:	La fecha del Nacimiento
------------------------	------------------------------	-------------------------

Yo, _____ comprendo que mi Empleador no tiene Cobertura de Compensación de Trabajadores. Comprendo que son un Non Suscriptor al Acto de la Compensación de Trabajadores. Comprendo aún más que tienen un PLAN de BENEFICIO de HERIDA de EMPLEADO, que es proporcionado a todo Empleados y yo he sido aconsejado y comprendo los Beneficios y las obligaciones bajo este Plan.

Yo, _____ comprendo y reconozco que mi Empleador ha ofrecido y me ha extendido la capacidad de buscar atención médica para mi herida. Ejecutando este documento yo comprendo que declino aceptar estos servicios y los beneficios ofrecidos por mi Empleador.

Yo, _____ comprendo que declino estos servicios médicos que mi Empleador no será responsable de ningún cuidado médico que busco solo. A menos que mi Empleador dirija específicamente y/o pre-aprobe este cuidado médico de mi parte.

Imprima Nombre de Empleado	La firma de Empleado	Fecha
----------------------------	----------------------	-------

AUTORIZACION DE LIBERACION DE ARCHIVOS DE SALUD

EL NOMBRE DE SOCIO: _____ La FECHA del INCIDENTE: _____

La autorización: Yo por la presente autorizo a cualquier médico, el hospital, la farmacia, proveedor de asistencia médica, otra facilidad de asistencia médica, la compañía de seguros, empleador u otra organización, la institución o la persona a:

1. Yo, revele cualquier historial médico u otra información protegida de la salud (como radiografías, resultados diagnósticos de prueba, resultados de prueba de MRI, narrativas de médico, notas de fisioterapia y otros reportes médicos) a cualquier designado Reclama Administrador o a miembro del comité para el _____ Plan (el "Plan"); y
2. Para utilizar tal información para discutir mi diagnóstico, el tratamiento, la condición y el pronóstico con tales representantes designados de Plan.

El propósito de Autorización: Esta autorización es dada para los propósitos siguientes:

1. el tratamiento de cualquier heridas ocupacional supuestamente de un incidente de trabajo-relacionado con _____ y sus empleadores que participan (la "Compañía");
2. el pago de cualquier reclamo para beneficios de Plan que surgen de un incidente trabajo-relacionado con la Compañía, incluyendo sin pre-autorización de limitación y revisión concurrente de mi tratamiento médico;
3. las operaciones de la asistencia médica del Plan, incluyendo sin renovación de limitación o reemplazo de seguro de Plan y auditorías de reclamos;
4. la evaluación de mi capacidad de calificar para una hoja o el regreso al deber lleno/modificado;
5. las evaluaciones de la obligación y la seguridad;
6. (Especifique por favor razón adicional): _____

El Reconocimiento del asociado: Firmando abajo, comprendo y reconozco

1. Esta Autorización expirará sobre la terminación de mi empleo o cinco (5) años de la fecha especificado abajo, el que ocurre más tarde.
2. Tengo un derecho de revocar esta autorización contactando por escrito algun representante designado del Plan que es especificado arriba; sin embargo, esta revocación no aplicará a un uso ni la revelación hizo antes del recibo del Plan de mi revocación.
3. Comprendo que el Plan no puede condicionar tratamiento, el pago, la matriculación ni la elegibilidad para beneficios únicamente en si firmo esta Autorización.
4. Hay potencial que mi información protegida de la salud utilizó y reveló de acuerdo con esta Autorización puede ser revelado de nuevo por las personas que reciben esta información y entonces ya no pueden ser protegido por la ley federal.
5. Tengo derecho a una copia de esta Autorización y que una fotocopia de esta Autorización será considerada tan efectivo como la original.

La FIRMA de la SOCIO: _____ La FECHA: _____

Si firmado por un representante autorizado del Socio (por ejemplo, un padre o guardián legal), describe por favor debajo de la autoridad del representante para actuar para el Socio especificado a la cabeza de esta forma.