

# 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:

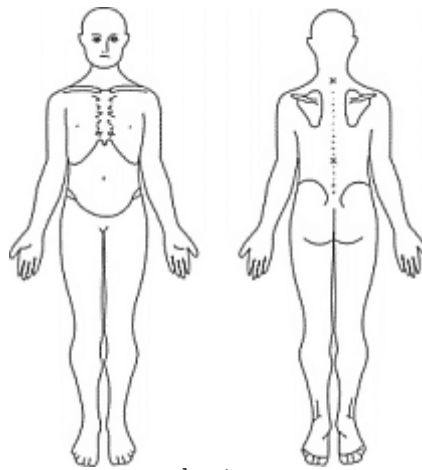
-----  
-----

¿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**

## »» To the Injured Worker:

On your first visit, please give this notice to any pharmacy listed on the back side to speed the processing of your approved workers' compensation prescriptions.

Questions or need assistance locating a participating retail network pharmacy? Call the Express Scripts Patient Care Contact Center at 866.499.1903.

### Atención Trabajador Lesionado:

En su primera visita, por favor entregue esta notificación a cualquier farmacia enumerada al reverso para acelerar el procesamiento de sus recetas aprobadas de compensación para trabajadores (según las pautas establecidas por su empleador).

Si tiene cualquier duda o necesita ayuda para localizar una farmacia de venta al por menor participante de la red, por favor llame al Centro de Contacto para Atención a Clientes de Express Scripts, al 866.499.1903.

## »» To the Pharmacist:

Express Scripts administers this workers' compensation prescription program. Please follow the steps below to submit a claim. Standard first fill shall not exceed a 14-day supply or a cost of \$150. This form is valid for up to 30 days from date of injury (DOI). Limitations may vary. For assistance, call Express Scripts at 866.499.1903.

### Pharmacy Processing Steps

Step 1: Enter BIN number 003858

Step 2: Enter processor control WC

Step 3: Enter the group number as it appears above

Step 4: Enter the injured worker's nine-digit ID number

Step 5: Enter the injured worker's first and last name

Step 6: Enter the injured worker's date of injury

### Express Scripts

ID#: \_\_\_\_\_

Your SSN is your temporary ID number; present to the pharmacy at the time prescription is filled. You will receive a new ID number shortly.

Date of Injury: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM/DD/YYYY

Group #: **KQTA**

Employee Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Thank you** for using a participating retail network pharmacy. Even though there is no direct cost to you, it's important that we all do our part to help control the rising cost of healthcare.

*Please see other side for a list of participating retail network pharmacies.*

»» **To the Supervisor:** Please fill in the information requested for the injured worker.

### Employee Information

First M Last

Street Address or PO Box

City State ZIP

Employer Name

\_\_\_\_\_

A & P	Drug Emporium	Longs Drug Store	Sav-On
Acme Pharmacy	Drug Fair	Major Value	Save Mart
Albertson's	Drug Town	Marsh Drugs	Schnucks
Albertson's/Acme	Drug World	Medic Discount	Scolari's
Albertson's/Osco	Eckerd	Medicap	Sedano
Albertson's/Sav-On	Econofoods	Medistat	Shaw's
Amerisource Bergen	EPIC Pharmacy	Meijer	Shop 'N Save
Anchor Pharmacies	Network	Minyard	Shopko
Arrow	FamilyMeds	NCS HealthCare	ShopRite
Aurora	Farm Fresh	Neighborcare	Snyder
Bartell Drugs	Farmer Jack	Network	Stop & Shop
Bigg's	Food City	Pharmaceuticals	Sun Mart
Bi-Lo	Food Lion	Northeast Pharmacy	Super Fresh
Bi-Mart	Fred's	Services	Super Rx
BJ's Wholesale Club	Gemmel	Osco	Target
Brooks	Giant	P & C Food Markets	Texas Oncology Srvs
Brookshire Brothers	Giant Eagle	Pamida	The Pharm
Brookshire Grocery	Giant Foods	Park Nicollet	Thrifty White
Bruno	Hannaford	Pathmark	Times
Carrs	Harris Teeter	Pavilions	Tom Thumb
Cash Wise	H-E-B	Price Chopper	Tops
Coborn's	Hi-School Pharmacy	Publix	Ukrop's
Costco	Hy-Vee	Quality Markets	United Drugs
Cub	Jewel/Osco	Raley's	United Supermarkets
CVS	Kash n Karry	Randalls	Vons
D&W	Keltsch	Rite Aid	Waldbaums
Dahl's	Kerr	Rosauers	Walgreens
Dierbergs	Kmart	Rx Express	Walmart
Discount Drugmart	Knight Drugs	RXD	Wegmans
Doc's Drugs	Kroger	Safeway	Weis
Dominicks	LeaderNet (PSAO)	Sam's Club	Winn Dixie

