

COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES - PRIMER INFORME DE LESIÓN O ENFERMEDAD

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|---|---|--|--|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| General | Empleador (Nombre, dirección y código postal) | | Número de reclamo del portador/administrador | | Código de propósito del informe | | | | | | | |
| | | | Jurisdicción | Número de reclamo de Jurisdicción | | | | | | | | |
| | Código NAICS | | FEIN de Empleador | | Número de Informe del asegurado | | | | | | | |
| | | | | | Dirección del empleador (si es diferente) | | | Número de ubicación | | | | |
| | | | | Teléfono | | | | | | | | |
| Portador/Administrador de reclamos | Portador (Nombre, dirección y teléfono) | | Período de Poliza | | Administrador de Reclamos (Nombre, dirección y teléfono) | | | | | | | |
| | | | A | | | | | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | Señala si está autoasegurado | | | | | | | | |
| FEIN del Portador | | Número de póliza o número de auto-asegurado | | | FEIN del Administrador | | | | | | | |
| Nombre de agente y número de código | | | | | | | | | | | | |
| Trabajador | Nombre legal (apellido, nombre, segundo nombre) | | Fecha de nacimiento | Número de Seguro Social | | Fecha de contratación | Estado donde fue contratado | | | | | |
| | Dirección (Incluir el código postal) | | Sexo | | Estado civil | | Ocupación/Título del trabajo | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | Masculino | <input type="checkbox"/> | Soltero/ Divorciado | | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | Mujer | <input type="checkbox"/> | Casado | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | Desconocido | <input type="checkbox"/> | Separado | Estatus laboral | | | | | | | |
| | Teléfono | | Número de dependientes | | <input type="checkbox"/> | Desconocido | Código de clase del NCCI | | | | | |
| Tasa de salario \$ | | <input type="checkbox"/> | Día | <input type="checkbox"/> | Mes | # Días trabajados/semana | ¿Pago completo por el día de la lesión? | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Semana | <input type="checkbox"/> | Otro | # Hrs trabajadas por día | ¿Continuó el salario? | <input type="checkbox"/> | Sí | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | No | | | | | |
| Incidente | Tiempo que el empleado comenzó a trabajar | | <input type="checkbox"/> | AM | Fecha de la lesión o enfermedad | Tiempo que incidente | <input type="checkbox"/> | AM | Última fecha que trabajo | Fecha de notificación al empleador | Fecha de inicio la discapacidad | |
| | <input type="checkbox"/> | PM | <input type="checkbox"/> | PM | | | | | | | | |
| | Nombre del empleado y teléfono | | | | Tipo de enfermedad o lesión | | | | Parte del cuerpo afectado | | | |
| | ¿Ocurrió la lesión o enfermedad en las instalaciones del empleador? | | | | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Código de la parte del cuerpo afectado | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Incidente | Departamento o lugar donde incidente el accidente o exposición a enfermedad | | | | | Todo el equipo, materiales o productos químicos que el empleado utilizó en el momento de la incidente | | | | | | |
| | Actividad específica en la que participó el empleado en el momento de la incidente | | | | | Proceso de trabajo en el que participó el empleado en el momento de la incidente | | | | | | |
| | Cómo se produjo la lesión o la enfermedad/el estado de salud anormal. Describa la secuencia de eventos e incluya cualquier objeto o sustancia que haya lesionado directamente al empleado o lo haya enfermado. | | | | | | | | | Código de causa de lesión | | |
| | Fecha de regreso al trabajo | | | Si fue fatal, la fecha de la muerte | | | ¿Se proporciono salvaguardia o equipo de seguridad? | | | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | ¿Se utilizaron? | | | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| Tratamiento | Médico/Proveedor de atención médica (Nombre y dirección) | | | Hospital (Nombre y dirección) | | | | Tratamiento inicial 0 <input type="checkbox"/> Sin tratamiento medico 1 <input type="checkbox"/> Menor: Por el empleador 2 <input type="checkbox"/> Clínicas menores/Hospitales 3 <input type="checkbox"/> Cuidado de emergencia 4 <input type="checkbox"/> Hospitalizado - 24 hr. Se anticipa una gran pérdida de tiempo medico/tiempo perdido 5 <input type="checkbox"/> | | | | |
| | Firma del empleado lesionado y fecha | | | Testigo del accidente (Nombre y número de teléfono) | | | | | | | | |
| Otro | Fecha de notificación al administrador | | Fecha preparado | | Nombre y título del preparador | | | Teléfono del preparador | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

La presentación de este informe no es una admisión de responsabilidad. Este informe no será una prueba de ningún hecho establecido aquí en ningún procedimiento con respecto a la lesión, enfermedad o muerte por la que se hace este informe. Comisión Industrial de Idaho, P.O. Box 83720, Boise, ID 83720-0041 IC Formulario IA-1 (08/2013)