

District Name: Flour Bluff ISD

INFORME DE EMPLEADO DE INCIDENTE DEL TRABAJO

IMPRIMA toda la información en este formulario.

El empleado lesionado debe completar esta lista de verificación con la ayuda de su supervisor inmediato según sea necesario.

Este paquete es MUY SENSIBLE AL TIEMPO.

Todos los formularios en este paquete deben completarse el mismo día en que ocurre el incidente , NO MÁS TARDE de las 24 horas posteriores a la ocurrencia.

El formulario completado debe ser firmado por el empleado lesionado y el supervisor.

Este formulario debe incluirse en el Paquete de investigación de incidentes presentado a *SchoolComp* .

SECCIÓN I: INFORMACIÓN PERSONAL DEL EMPLEADO

Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido		SS#			
Macho	Femenino	Fecha de nacimiento (mes, día, año)	Casado	Soltero	Divorciado
Etnia: (hispano, nativo americano, otro)		Raza: asiática, negra, blanca		Teléfono de casa #	
Direccion de casa:				Teléfono móvil #	
Esposa's Nombre:		Email Address:		# Hijos dependientes:	

SECCIÓN II: INFORMACIÓN SOBRE INCIDENTES DE LESIONES

Lugar de trabajo		Trabajo al momento del incidente	
Fecha de contratación	Teléfono del trabajo #	Mejor hora para llamar:	
Fecha del incidente (Mes, día, año)	Día de la semana (Lunes, martes, miércoles ...)	Hora del día	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Lugar exacto del incidente (Campo de fútbol , aula, cafetería, etc. Por favor sea específico)			
Descripción <u>detallada</u> del incidente (en sus propias palabras):			
Escriba el nombre del supervisor			
Parte del cuerpo específica lesionada: (Pierna izquierda, mano derecha, etc. Sea ESPECÍFICO)			
Nombres de TODOS los testigos			
¿Buscó tratamiento en una clínica, hospital o médico para esta lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuándo?	
Nombre del médico tratante		Médico' s Tel #:	
Por la presente certifico que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a todos y cada uno de los proveedores de tratamiento médico que se considere necesario con respecto a mi lesión o enfermedad ocupacional reportada a divulgar cualquier información médica adquirida en el curso de mi tratamiento a mi empleador y Creative Risk Funding, Inc.			
Empleado Firma		Fecha	
Supervisor Firma		Fecha	

SchoolComp - Self Insured Workers' Compensation Program
Administered by **Creative Risk Funding, Inc.**
6100 W Plano Pkwy, Ste 1500, Plano, Texas 75093
Phone 972.889.9300 Toll Free 888.230.9300 Fax 972.889.3700

Nombre del Distrito: Flour Bluff ISD

INFORME DEL SUPERVISOR INMEDIATO PARA LESIONES DE EMPLEADOS

IMPRIMA toda la información en este formulario.

Esto debe ser completado por el supervisor inmediato del empleado lesionado.

Este paquete es MUY SENSIBLE AL TIEMPO.

El Informe del Supervisor debe completarse el mismo día en que ocurre el incidente , NO MÁS TARDE de las 24 horas posteriores a la ocurrencia.

El formulario completo debe estar firmado por el supervisor.

Este formulario debe ser incluido en la investigación de incidentes paquete reenviado a los trabajadores' Coordinador de Compensación en el distrito y deberán enviarse a *SchoolComp*.

Nombre del empleado lesionado		Título profesional	
Fecha y hora en que se le informó este incidente:			
¿A qué tarea específica se le asignó al trabajador en el momento del incidente?			
Fue la parte tarea asignada de los empleados's de trabajo regular?			
Si 'NO', explique:			
Enumere el equipo de seguridad necesario para esta tarea:			
¿Estaba el equipo de seguridad utilizado por el trabajador lesionado en el momento del incidente?			
Fecha del incidente (Mes, día , año)	Día de la semana (Lunes, martes, miércoles ...)	Hora del día	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Lugar <u>exacto</u> del incidente (Campo de fútbol, aula, cafetería, etc. Por favor sea específico)			
Descripción <u>detallada</u> del incidente (en sus propias palabras):			
Parte del cuerpo específica lesionada: (Pierna izquierda, mano derecha, etc. Sea ESPECÍFICO)			
¿Hizo algo el empleado o no hizo nada que contribuyó a la lesión? En caso afirmativo, explíquelo porfavor:			
¿El empleado perdió tiempo del trabajo?	Si	No	Primera fecha incapaz de presentarse al trabajo
¿Ha vuelto el empleado a trabajar?	Si	No	Si "NO", se espera que la fecha regrese
¿Se violaron las reglas de seguridad del distrito?	Si	No	En caso afirmativo, ¿recibió asesoramiento del empleado?
¿Qué pasos tomará como supervisor para evitar futuros incidentes de este incidente?			

Número de teléfono para contactar al Supervisor o número de teléfono directo para el Supervisor	
Nombre impreso del supervisor que completa este formulario	Posición
Firma de Supervisor	Fecha

SchoolComp - Self Insured Workers' Compensation Program
Administered by **Creative Risk Funding, Inc.**
6100 W Plano Pkwy, Ste 1500, Plano, Texas 75093
Phone 972.889.9300 Toll Free 888.230.9300 Fax 972.889.3700

Nombre del Distrito:

Flour Bluff ISD

INFORME DE TESTIGOS DE COMPEACION DE TRABAJADORES

IMPRIMA toda la información en este formulario. Esto debe ser completado por cualquier testigo de una lesión de un empleado.
Este formulario debe completarse INDEPENDIENTEMENTE , sin conversación entre el testigo y el empleado lesionado.
Este informe de testigos es MUY SENSIBLE AL TIEMPO.
Todos los formularios en este paquete deben completarse el mismo día en que ocurre el incidente , NO MÁS TARDE de las 24 horas posteriores a la ocurrencia.
El formulario completado debe entregarse al supervisor del empleado lesionado para su inclusión en su Paquete de Investigación de Incidentes presentado a **SchoolComp**.

Nombre del empleado lesionado	Nombre del testigo que completa el informe
-------------------------------	--

Fecha del incidente	Día de la semana	Hora del incidente <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
---------------------	------------------	--

Lugar del incidente

Parte específica del cuerpo lesionada (brazo izquierdo, codo derecho, etc.)

Descripción de la lesión

Descripción detallada del incidente:

¿Hizo algo el empleado o no hizo nada que contribuyó a la lesión? Si No

Si "Sí", explique:

En su opinión, ¿cómo podría haberse prevenido esta lesión?

Enumere cualquier otro testigo que estuviera presente en el momento del incidente de la lesión:

Por la presente certifico que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Proporcionaré más información sobre este incidente a mi empleador o Creative Risk Funding, Inc. en cualquier momento.

Testigo Número de teléfono	Número	
Testigo Firma	Fecha	Impreso Nombre
Supervisor Firma	Fecha	Impreso Nombre

SchoolComp - Self Insured Workers' Compensation Program
Administered by **Creative Risk Funding, Inc.**
6100 W Plano Pkwy, Ste 1500, Plano, Texas 75093
Phone 972.889.9300 Toll Free 888.230.9300 Fax 972.889.3700

Nombre del Distrito: Flour Bluff ISD

AVISO IMPORTANTE AL PROVEEDOR MÉDICO

INSTRUCCIONES: Este formulario debe entregarse al trabajador lesionado para que lo presente al proveedor de atención médica de quien busca tratamiento por lesiones relacionadas con el trabajo. Por favor imprima toda la información.

SECCIÓN I: Información del incidente

Nombre del empleado lesionado:
Fecha, día de la semana y hora del incidente:
Parte (s) específica (s) del cuerpo afectadas por este incidente:
Descripción detallada del incidente:

QUERIDO PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:

El empleado mencionado anteriormente ha informado un incidente de lesiones relacionadas con el trabajo. Nuestro distrito es una entidad pública respaldada por impuestos y, como tal, está autoasegurada a los fines de Trabajadores Compensación. Nuestro distrito TIENE un programa de servicio liviano. Esto puede permitir que el trabajador lesionado regrese a trabajar con las restricciones especificadas por usted sin que el empleado lesionado pierda salarios. Proporcione al trabajador lesionado un Informe de estado de trabajo de la División de Compensación del Trabajador DWC-73 al finalizar el tratamiento inicial y la evaluación de los trabajadores lesionados condición. Prueba de droga no requerida. Gracias.

INFORMACIÓN IMPORTANTE DE HIPAA: desde la implementación de las regulaciones de HIPAA, nuestro distrito ha escuchado las preocupaciones de varios proveedores médicos con respecto a la divulgación de registros médicos sin el consentimiento específico del paciente, a pesar de que está claro que la información se utilizará para la utilización de los trabajadores compensación y problemas de facturación. Trabajadores Las lesiones de compensación están específicamente excluidas de las regulaciones de HIPAA y, como resultado, no se requiere un formulario de consentimiento del paciente para divulgar información médica. (Trabajadores de Texas Asesor de la Comisión de Compensación 2003-05)

Sin embargo, como un servicio a proveedores médicos, estamos proporcionando un consentimiento de divulgación de registros médicos firmado por el trabajador lesionado. Vea abajo. Esta declaración, cuando es firmada por el trabajador lesionado, divulga registros médicos al Distrito y Creative Risk Funding (nuestro TPA) con el propósito de administrar el reclamo bajo las reglas de la División de Compensación de Trabajadores del Departamento de Seguros de Texas.

LIBERACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Por la presente autorizo al proveedor médico / médica a revelar información a mis empleador's agentes con respecto al tratamiento de mi lesión relacionada con el trabajo. Por la presente libero al médico/proveedor médico de cualquier responsabilidad derivada de dicha divulgación con respecto a este y cualquier tratamiento de seguimiento posterior.

Firma del empleado	
Fecha	

SchoolComp - Self Insured Workers' Compensation Program
Administered by **Creative Risk Funding, Inc.**
6100 W Plano Pkwy, Ste 1500, Plano, Texas 75093
Phone 972.889.9300 Toll Free 888.230.9300 Fax 972.889.3700