

"AVISO DE LESIÓN O ENFERMEDAD OCUPACIONAL"

(Informe de incidente)

De acuerdo con el capítulo 616C.015 de los Estatutos Revisados de Nevada (NRS)

Nombre del empleador _____

Nombre del empleado		Número de Seguro Social	Número de teléfono
Fecha del accidente (si corresponde)	Hora del accidente (si corresponde)	Lugar donde ocurrió el accidente (si corresponde)	
¿Cuál es la naturaleza de la lesión o la enfermedad ocupacional?		Indique las partes del cuerpo afectadas, si corresponde:	
Describa brevemente el accidente o las circunstancias de la enfermedad ocupacional: (Nota: Si declara que tiene una enfermedad ocupacional, indique la fecha en que el empleado tuvo conocimiento por primera vez de la relación entre la afección y el empleo)			
Nombres de los testigos:			
¿El empleado abandonó el trabajo debido a la lesión o la enfermedad ocupacional?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si la respuesta es sí, ¿cuándo? (indique fecha y hora)	¿El empleado se reincorporó al trabajo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Se brindaron primeros auxilios?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si la respuesta es sí, ¿quién los brindó?	Nombre y dirección del médico a cargo del tratamiento, si corresponde o si se conoce
¿El accidente ocurrió en el transcurso normal de las actividades laborales? (si corresponde)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Alguien más estuvo involucrado?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Nombres de las personas involucradas	

ES POSIBLE QUE MI EMPLEADOR/ASEGURADORA HAYA REALIZADO GESTIONES PARA QUE RECIBIERA TRATAMIENTO MÉDICO DE UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PARA MI LESIÓN O ENFERMEDAD OCUPACIONAL. ME HAN NOTIFICADO ESTAS GESTIONES.

Firma del supervisor

Fecha

Firma del empleado lesionado o incapacitado

Fecha

PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN DE COMPENSACIÓN, CONSULTE EN EL REVERSO LA SECCIÓN TITULADA "RECLAMACIÓN DE COMPENSACIÓN (FORMULARIO C-4)".

Si necesita ayuda con cuestiones relacionadas con la compensación para trabajadores, puede comunicarse con la Oficina de Asistencia para la Salud del Consumidor. Línea gratuita: 1-888-333-1597 Sitio web: <http://dhhs.nv.gov/Programs/CHA>
Correo electrónico: cha@govcha.nv.gov

El empleado debe firmar, fechar y conservar una copia.
Entregar el original al empleador y una copia al empleado