

PARA EVITAR SANCIONES, ESTE INFORME DEBE COMPLETARSE Y ENVIARSE POR CORREO A LA ASEGURADORA DENTRO DE LOS SEIS (6) DÍAS HÁBILES POSTERIORES A LA RECEPCIÓN DEL FORMULARIO C-4

Escriba con letra de imprenta o teclee los siguientes datos

INFORME DEL EMPLEADOR DE LESIÓN LABORAL O ENFERMEDAD OCUPACIONAL

EMPLEADOR	Nombre del empleador		Naturaleza de la actividad comercial (fabricación, etc.)	FEIN	N.º de registro OSHA							
	Dirección postal de la oficina		Ubicación (Si es distinta a la dirección postal)		Teléfono							
	Ciudad	Estado	Código postal	ASEGURADORA		ADMINISTRADOR EXTERNO						
EMPLEADO	Primer nombre	Inicial del seg. nombre	Apellido	Seguro Social	Fecha de nacimiento	Edad	Idioma principal hablado					
	Dirección particular (número y calle)			Dirección de correo electrónico		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo					
	Ciudad	Estado	Código postal	¿Se le pagó al empleado el día en que sufrió la lesión? (Si corresponde) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuánto tiempo lleva esta persona trabajando para usted en Nevada?						
	¿En qué estado se contrató al empleado?		Ocupación (cargo laboral) del empleado cuando fue contratado o quedó incapacitado			Departamento donde se encuentra empleado regularmente:						
	Teléfono	¿Es el empleado lesionado un directivo corporativo? ¿Es un propietario único? ¿Es socio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Estaba el empleado en su nómina cuando sufrió la lesión o quedó incapacitado por una enfermedad ocupacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
ACCIDENTE O ENFERMEDAD	Fecha de la lesión (si corresponde)	Hora de la lesión (hora, minutos, AM/PM) (si corresponde)		Fecha en que se notificó la lesión o enfermedad ocupacional al empleador		Supervisor a quien se informó la lesión o enfermedad ocupacional						
	Dirección o lugar del accidente (indique también la ciudad, el condado, el estado) (si corresponde)					¿El accidente ocurrió en las instalaciones del empleador? (si corresponde) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
	¿Qué estaba haciendo este empleado cuando ocurrió el accidente (cargando un camión, bajando escaleras, etc.)? (si corresponde)											
	¿Cómo ocurrió esta lesión o enfermedad ocupacional? Incluya la hora en que el empleado comenzó a trabajar. Sea específico y responda detalladamente. Use hojas adicionales si es necesario.											
LESIÓN O ENFERMEDAD	Especifique la máquina, herramienta, sustancia u objeto más estrechamente relacionado con el accidente (si corresponde)			Testigo		¿Más de una persona resultó lesionada en este accidente? (si corresponde) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
	Parte del cuerpo lesionada o afectada		Si el empleado falleció, indique la fecha del fallecimiento		Testigo							
	Naturaleza de la lesión o enfermedad ocupacional (rasguño, corte, moretón, distensión, etc.)			Testigo								
				¿El empleado regresó a su siguiente turno de trabajo programado tras el accidente? (si corresponde) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tendrá trabajo liviano disponible si es necesario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
	Si se duda de la validez de la reclamación, indique el motivo			Lugar del tratamiento inicial								
	Nombre del médico a cargo del tratamiento/quiropático			Sala de emergencias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Hospitalización <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
IMPORTANTE	¿Cuántos días a la semana trabaja el empleado?		Desde las	<input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm	Hasta las	<input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm	Último día en que se devengaron salarios					
Días libres programados		D	L	M	X	J	V	S	Rotativo	¿Está pagando los salarios del empleado lesionado o incapacitado durante el período de incapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Fecha de contratación del empleado		Último día de trabajo tras la lesión o incapacidad			Fecha de reincorporación al trabajo			Cantidad de días de trabajo perdidos				
¿Se contrató al empleado para que trabajara 40 horas por semana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es no, ¿para cuántas horas por semana se contrató al empleado?			¿El empleado recibió compensación por desempleo en algún momento en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			No lo sé				
A los efectos del cálculo del salario mensual promedio, indique las ganancias brutas del empleado por período de pago correspondientes a las 12 semanas anteriores a la fecha de la lesión o incapacidad. Si se prevé que el empleado lesionado no trabajará durante cinco (5) días o más, adjunte el formulario de verificación de salarios (D-8). Las ganancias brutas incluirán horas extra, bonificaciones y otras remuneraciones, pero no incluirán el reembolso de gastos. Si usted contrató al empleado durante menos de 12 semanas, indique las ganancias brutas desde la fecha de contratación hasta la fecha de la lesión o incapacidad.												
El período de pago finaliza el: <input type="checkbox"/> DOM. <input type="checkbox"/> MAR. <input type="checkbox"/> JUEV. <input type="checkbox"/> SÁB. <input type="checkbox"/> LUN. <input type="checkbox"/> MIÉRC. <input type="checkbox"/> VIER.			Al empleado se le paga de forma: <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CADA DOS SEMANAS <input type="checkbox"/> QUINCENAL			En la fecha de la lesión o incapacidad, el salario del empleado era: \$ por <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes						
Si necesita ayuda con cuestiones relacionadas con la compensación para trabajadores, puede comunicarse con la Oficina de Asistencia para la Salud del Consumidor del Estado de Nevada. Línea gratuita: 1-888-333-1597 Sitio web: http://dhhs.nv.gov/Programs/CHA Correo electrónico: cha@govcha.nv.gov												
	Afirmo que la información proporcionada arriba con respecto al accidente y la lesión o enfermedad ocupacional es correcta según mi leal saber y entender. Asimismo, afirmo que la información sobre el salario proporcionada es verdadera y correcta, según consta en los registros de nómina del empleado en cuestión. También entiendo que brindar información falsa constituye una violación de la legislación de Nevada.				Firma y cargo del empleador				Fecha			
	La reclamación: <input type="checkbox"/> Se acepta <input type="checkbox"/> Se deniega <input type="checkbox"/> Se difiere <input type="checkbox"/> Es gestionada por un tercero				Salario estimado		N.º de cuenta		Código de clase			
Firma del revisor de reclamaciones				Fecha		Secretario que gestiona la reclamación				Fecha		