



INJURY, ACCIDENT OR INCIDENT REPORTING PROCEDURES

If an injury, accident or incident occurs:

1. First determine if the employee needs medical treatment. No company employee is required to provide first aid services except on a Good Samaritan basis.
2. If medical treatment is required, immediately notify Human resources or the Safety Director/Coordinator via phone and take employee to industrial clinic closest to jobsite. If it is a life threatening injury, call 911.
3. Complete all required paperwork (Supervisor and Employee report of injury) the same day and fax to (702) 945-2022.
4. If the employee declines medical treatment you must have them sign the Medical Treatment Waiver and complete all required paperwork the same day.
5. If the injured employee is taken to a clinic or hospital, the Supervisor may notify the facility if reasonable suspicion exists that a post-accident drug and blood alcohol test is to be conducted.
6. The Supervisor must arrange or ensure that the injured employee has transportation back to his/her vehicle or to his/her home if the employee is unable to drive after being treated at the clinic or hospital.

Employees are aware that all injuries must be reported to their Supervisor immediately. If an employee does not report his/her injury immediately, it is the Supervisor's responsibility to reprimand the employee with a written warning for not following Company procedures.

Report Requirements:

All required paperwork **must be returned to the office within 24 hours** of any injury, accident or incident.

1. **Medical Treatment Waiver** - Must be completed if employee **declines** medical treatment
2. If a **Medical Treatment Waiver** is signed, all paperwork listed below must still be completed.
3. Authorization for **Release of Medical Information** - employee must complete for ALL injuries.
4. **Employee Statement** - employee must complete for ALL injuries, even if employee declines medical treatment.
 - a. If injury is severe, immediately take employee to industrial clinic closest to jobsite or call 911.
 - b. If the injury is not severe, employee must immediately complete an Employee Statement.
 - c. If the employee goes to the clinic or hospital first, employee must complete an Employee Statement immediately following medical treatment.
5. **Employee's Statement of Neck, Knee or Back Injury** - employee must complete if injury includes **neck, knee or back**.
6. **Supervisor's Investigation Report** - Supervisor **must complete for ALL injuries**.
7. **Witness Statement** - the Supervisor must have all witnesses complete a Witness Statement.
8. **Supervisor's Vehicle Accident Investigation Report** - Supervisor must complete if vehicle involved.
9. **Vehicle Accident Report** - must be completed by the employee if accident involved a vehicle.

When filling out forms, **specific details** are very important. The insurance carrier needs as much detailed information as possible to properly process the claim.

Things to consider when filling out your forms:

1. For "location" be sure to write your jobsite Number, Name and address as well as the **building number** or apartment number, and the general area where the injury took place.
 - a. Example: Job #12345, City Lights, 123 Main Street, Santa Ana, CA, building # 12, third floor, north-east corner apartment unit, master bath
2. Under "what caused you to have the injury" indicate what actually **caused** the accident, examples:
 - a. Standing on top step of ladder
 - b. Trash on floor caused employee to slip and fall
 - c. Employee not using safety equipment
3. Under "how to prevent recurrence" clearly state what can be done to prevent the accident from happening again, examples:
 - a. Train or retrain employee in proper use of ladders
 - b. Replace or repair broken equipment
 - c. Train or retrain employee in the proper use of equipment.



PROCEDIMIENTOS PARA REPORTAR UNA LESION, ACCIDENTE O UN INCIDENTE

Si un accidente, lesion o incidente ocurre:

1. Primero determine si el empleado ocupa tratamiento medico. Ningun empleado de la empresa esta obligado a proporcionar servicios de primeros auxilios, excepto en una buena base samaritana.
2. Si tratamiento medico es requerido, Inmediatamente notificar a Recursos Humanos o al Director/Coordinador de seguridad y lleve al empleado a la clinica mas cercana. Si su vida esta en peligro por esta lesion, marque el 911.
3. Complete todo papeleo (Supervisor y Empleado) el mismo dia y envielo por fax a (702) 945-2022
4. Si el empleado rechaza tratamiento medico debe pedirle que firme la forma de Rechazo de Tratamiento Medico y complete todo el papeleo el mismo dia.
5. Si el empleado lesionado es llevado a una clinica u hospital, el Supervisor puede notificar a la instalación que existen sospechas razonables para que se lleve a cabo una prueba de drogas y una prueba de alcohol en la sangre después del accidente.
6. El Supervisor debe hacer arreglos para que el empleado lesionado tenga transporte hacia su vehiculo o a su casa si es que el empleado no puede manejar despues de ser atendido en la clinica o hospital.

Empleados estan informados de que deben reportar toda lesion a su Supervisor inmediatamente. Si un empleado no reporta su lesion inmediatamente, es la responsabilidad del Supervisor llamarle la atencion al empleado con un aviso escrito por no seguir los procedimientos de la compania.

Requerimientos del Reporte:

Todo papeleo requerido **debe estar en la oficina dentro de 24 horas** de todo accidente, lesion, o incidente.

1. **Rechazo de Tratamiento Medico** - debe ser completado si el empleado rechaza tratamiento medico.
2. Si una forma de **Rechazo de Tratamiento Medico** es firmada todo el papeleo descrito abajo tiene que ser llenado.
3. **Autorizacion de Informacion Medica** - empleado debe completar esta informacion para TODAS las lesiones.
4. **Declaracion del Empleado** - empleado debe completar la informacion para TODA lesion aunque el empleado rechace tratamiento medico.
 - a. Si la lesion es severa inmediatamente lleve al empleado a la clinica mas cercana o marque al 911.
 - b. Si no es severa, el empleado debe inmediatamente completar una Declaracion del Empleado.
 - c. Si el empleado va a la clinica o hospital primero, el empleado debe completar su Declaracion del Empleado inmediatamente despues de su tratamiento.
5. **Declaracion del Empleado si tiene Lesion de Cuello, Rodilla o Espalda** -empleado debe completar la forma si la lesion incluye el **Cuello, Rodilla o Espalda**.
6. **Reporte de Investigacion del Supervisor** - Supervisor **lo debe completar para TODAS las lesiones.**
7. **Declaracion de Testigo** - El Supervisor debe asegurar que todo testigo llene una Declaracion de Testigo.
8. **Reporte de Supervisor para Investigacion de Accidente de Vehiculo**- debe ser completado por el Supervisor si el accidente incluyo un vehiculo.
9. **Reporte de Accidente de Vehiculo** - debe ser completado por el empleado si el accidente incluyo un vehiculo.

Cuando este llenando las formas, recuerde que los **detalles precisos** son muy importantes. La compania de seguro necesita todo detalle disponible para procesar el caso apropiadamente.

Cosas para considerar cuando este llenando sus formas:

1. Para "sitio" asegurese de escribir el Numero y Nombre de su "job site" y la direccion incluyendo el **numero de edificio** o numero de apartamento, y el area general donde ocurrio el accidente.
 - a. Ejemplo: Job Site # 12345, City Light, 123 Main Street, Santa Ana, CA, edificio #12, tercer piso, esquina noreste apartamento, baño mayor.
2. Bajo "que le causo la lesion" indique que realmente le **causo** el accidente, ejemplos:
 - a. Parado en el ultimo escalon de la escalera
 - b. Basura en el piso causo al empleado a caerse
 - c. Empleado no usaba equipo de seguridad
3. Bajo "Como prevenir re-ocurrencia" claramente diga que se puede hacer para prevenir otro incidente de nuevo, ejemplos:
 - a. Entrenar o re-entrenar al empleado en el uso apropiado de las escaleras.
 - b. Reemplazar o reparar equipo dañado
 - c. Entrene o re-entrene al empleado en el uso apropiado de equipo.