



SUPERVISOR'S INJURY, ACCIDENT REPORT CONTINUED

8. Was another co-worker involved in the accident? <i>¿Hubo otro compañero envuelto en el accidente?</i> <div style="text-align: center;"> YES / SI NO / NO </div>		If yes, list names / Si es asi, ponga los nombres <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>	
9. Describe what involvement the co-worker had in the accident (in detail) <i>Describe como estuvo envuelto el compañero en el accidente (en detalle)</i> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>			
10. Was another company or individual involved in accident? <i>Hubo otra compañía ó individuo envuelto en el accidente?</i> if yes, name and contact information / Si es asi, nombre e informacion de contacto <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>		YES / SI NO / NO	
11. What did some other person do or fail to do that contributed to the accident (in detail) <i>Qué hizo o falto de hacer la otra persona que contribuyo al accidente (en detalle)</i> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>			
12. Describe in detail how the accident occurred, use additional sheets if necessary give as much detail as possible <i>Describe en detalle cómo ocurrió el accidente use papel adicional si es necesario y de todo detalle posible.</i> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>			
13. What actions have you taken and/or plan to take to prevent reoccurrence? <i>¿Qué acciones ha tomado y/ó piensa tomar para prevenir repeticiones?</i> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>			
14. What treatment was given (check boxes) / Que tratamiento ha sido recibido (marque las cajas)			
Check Boxes <i>Chegear Cajas</i>	Type of treatment received <i>Tipo de tratamiento recibido</i>	Name of Clinic or Hospital <i>Nombre de la Clinica o del Hospital</i>	
<input type="checkbox"/> First Aid <i>Primero Auxilios</i>			
<input type="checkbox"/> Taken to Clinic <i>Llevado a la Clinica</i>			
<input type="checkbox"/> Taken to hospital <i>Llevado al Hospital</i>			
15. Name of treating doctor/ Nombre del doctor que lo atendió <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>			
16. Did involved employee submit to a post accident drug/alcohol screen? <i>¿Submitio el empleado a un análisis de drogas/alcohol despues del accidente?</i> <div style="text-align: center;"> YES / SI NO / NO </div>			
17. Names of Witnesses & Contact Information / Nombre(s) de Testigos y Informacion de Contacto <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>			
Supervisor's Signature / Firma del Supervisor <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>		Date / Fecha _____ / _____ / _____	



MEDICAL TREATMENT WAIVER
RECHAZO DE TRATAMIENTO MEDICO

I had a work related accident or injury and at this time I do not feel I need medical treatment. I am declining medical attention at this time. If in the future, I wish to seek medical attention for this injury, I understand that I need to contact my Foreman/Supervisor or the Human Resources Department and request to be sent to the Industrial Clinic for medical treatment.

Employee's Name: _____

Date of injury or accident: ____/____/____

Part of body: _____

Describe injury or accident:

Tuve un accidente o lesión de trabajo y en este momento no siento o necesito tratamiento medico. Estoy rechazando atención médica por ahora. Si en el futuro, deseo atención médica para esta lesión, entiendo que debo comunicarme con mi Foreman/Supervisor ó con el Departamento de Recursos Humanos y pedir que me manden a la Clínica para tratamiento medico.

Nombre del Empleado: _____

Fecha de la lesión o accidente: ____/____/____

Parte del cuerpo: _____

Describe la lesión o accidente:

Print Employee's Name / Nombre en letra de molde del Empleado

Title / Título

Employee's Signature / Firma del Empleado

____/____/____
Date / Fecha

Print Witness's Name / Nombre en letra de molde del Testigo

Title / Título

Witness's Signature / Firma del Testigo

____/____/____
Date / Fecha



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION
AUTORIZACION PARA COMPARTIR INFORMACION MEDICA

Injured Employee's Information - Información del Empleado Lesionado:

Name / Nombre: _____

Address / Dirección: _____

City / Ciudad: _____ **State / Estado:** _____ **Zip / Zona Postal:** _____

Telephone # / # de Teléfono: (____) ____ - ____ **Cell # / # Celular:** (____) ____ - ____

******* Employer Information - Información del Empleador: *******

[] 20/20 Plumbing & Heating, Inc.

I hereby permit the release of medical information, records, and reports relative to the administration of my workers' compensation claim to _____ Company, or its representatives as such medical information, records and reports pertain to a condition either allowed or requested in my claim, or to consider payment, or to determine eligibility of payment of compensation and medical benefits under my workers' compensation claim.

Doy permiso para compartir mi información médica, archivos, y reportes relacionados a la administración de mi caso de compensación al trabajador con _____ Compañía, o sus representantes tales como información médica, archivos, reportes relacionados o requeridos para mi caso, o para consideración de pago de beneficios o para determinar elegibilidad bajo compensación al trabajador.

Print Employee's Name / En letra de molde Nombre del Empleado

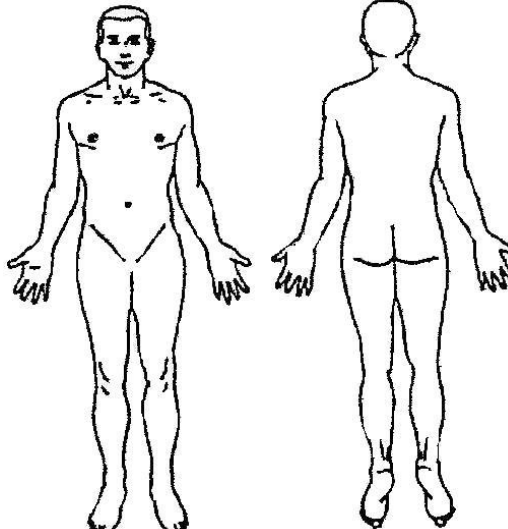
Employee's Signature / Firma del Empleado

____/____/____
Date / Fecha



EMPLOYEE STATEMENT OF INJURY, ACCIDENT OR INCIDENT
DECLARACION DEL EMPLEADO DE ACCIDENTE, LESION O INCIDENTE

Please complete the following in your own words / Por favor complete lo siguiente en sus palabras

Employee's Name / Nombre del empleado		Supervisor's Name / Nombre del Supervisor	
Social Security # / # de Seguro Social ____ - ____ - ____	Occupation / Ocupacion	Date of Hire / Fecha de Empleo ____ / ____ / ____	
Location where injury occurred / Donde ocurrio el incidente		Phase / Fase	
Date of Injury / Fecha de Lesion ____ / ____ / ____	Time of Injury / Hora de Lesion ____:____ AM/PM	Date & Time you reported injury Dia y Hora que reporto la lesion ____ / ____ / ____ : ____ AM/PM	
1. Describe how the injury happened / Describa como sucedio la lesion. <hr/> <hr/> <hr/>			
2. List in detail all the body parts injured / Especifique todas las partes del cuerpo que se lesiono.		6. Circle the part of body affected or injured <i>Circule las partes del cuerpo afectadas o lesionadas</i> 	
3. What caused you to have the injury or incident? / ¿Qué causo la lesión ó incidente?			
4. Have you ever had previous trouble with this part(s) of your body? If yes, please describe / ¿Ha tenido antes problemas con esta parte del cuerpo? Si es así, favor de explicar			
5. Was there anything that could have been done to prevent the injury? / ¿Hubo algo que se pudo haber hecho para prevenir el incidente?			

This is an accurate statement, in my own words, which describes my accident and/or injuries.

Warning: Any person who makes a false or fraudulent written or oral statement for the purpose of obtaining workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony. Penalties include fines, imprisonment or both.

En mis palabras, esta declaración precisamente explica mi accidente o lesiones.

Advertencia: Toda persona que conscientemente da una declaración o descripción substancial fraudulenta ó conscientemente falsa con el objeto de obtener o de negar prestaciones de indemnización o pagos del trabajador es culpable de un delito. Los castigos incluyen multa o prision o ambos.

Employee Signature / Firma del Empleado	Date / Fecha ____ / ____ / ____
---	---------------------------------



EMPLOYEE'S STATEMENT OF NECK, KNEE OR BACK INJURY
DECLARACION DEL EMPLEADO POR LESIONES EN EL CUELLO, RODILLA, O ESPALDA

Employee's Information / Informacion del Empleado	
Name/Nombre	Telephone # / # de Telefono ()
Address / City / State / Zip – Direccion / Ciudad / Estado / Zona Postal	
Accident information / Informacion del Accidente	
1. What part(s) of your body is/are affected? / ¿Que partes de so cuerpo han sido afectados?	
2. When did you first experience pain in this part of your body? / ¿Cuándo fue la primera vez que sintió dolor en esta parte del cuerpo?	
3. Was there a specific incident that caused your pain? If so, please describe in specific detail./ Hobo un incidente que le causó dolor? Si es asi, describa en detalle lo que ocurrió.	
4. Was there a sudden stress or strain? If yes, please describe in specific detail. / ¿Hubo derepente presión o jalon? Si es asi, describa en detalle lo que ocurrio.	
5. Were you lifting? - If yes, please describe the object you were lifting, approximate weight of the object and how did you lift the object. / ¿Estaba levantando alga? - ¿Si es asi, describa el objeto que levantaba y el peso aproximado del objeto y cómo levanto el objeto?.	
6. Were you struck by anything? If yes, please describe in specific detail. / ¿Fue usted golpeado par algo? Si es asi, describa en detalle lo que ocurrio.	
7. Names of witnesses/Nombre de testigos	
8. Did you report the incident to your Foreman? / ¿Reporto usted el incidente al Foreman? <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No/No - If yes, Foreman/Supervisor's Name / Si es asi, Nombre del Foreman/Supervisor.	
9. Have you continued to work despite the pain? / ¿Continuo trabajando a pesar del dolor? <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No/No	
Prior History / Historia Previa	
10. Have you ever had previous trouble with this part(s) of your body? If yes, please describe / ¿Ha tenido antes problemas con esta parte del cuerpo? Si es asi, favor de explicar,	
11. List all doctors you have seen at any time in the past for trouble with this part(s) of your body / Indique todos los doctores que usted a visitada en cualquier momento en el pasado par los problemas con esta parte del cuerpo	
Employee Signature / Firma del Empleado	Date / Fecha _____ / _____ / _____



WITNESS STATEMENT OF INJURY, ACCIDENT OR INCIDENT
DECLARACION DEL TESTIGO DE LA LESION, ACCIDENTE O INCIDENTE

Please complete the following in your own words / Por favor de completar lo siguiente en sus palabras

Witness Name / Nombre de Testigo		
Name of Employer / Nombre del Empleador	Occupation / Ocupacion	Telephone # / Telefono # () - () - ()
Date of Injury-Accident-Incident / Fecha de la Lesion Accidente-Incidente Date/Fecha ____ / ____ / ____		Time of Injury / Hora de la Lesion ____ : ____ [] AM - [] PM
1. Location where Injury-Accident-Incident occurred / Lugar donde ocurrio la Lesion-Accidente-Incidente _____ _____ _____ _____		
2. Describe what you saw / Describa lo que usted vio _____ _____ _____ _____		
3. In your opinion, what body parts were injured? / ¿En su opinion, cuáles partes del cuerpo se lesionaron? _____ _____ _____ _____		
4. Who or what caused the Injury-Accident-Incident? / ¿Qué ó quien causo la Lesion-Accidente-Incidente? _____ _____ _____ _____		
5. Did anything appear suspicious about the Injury-Accident-Incident? / ¿Le pareció algo sospechoso la Lesion-Accidente-Incidente? _____ _____ _____ _____		
6. Was there anything that could have been done to prevent the Injury-Accident-Incident? / ¿Habia algo que se pudo hacer para evitar la Lesion-Accidente-Incidente? _____ _____ _____ _____		
Witness Signature / Firma del Testigo _____		Date / Fecha ____ / ____ / ____

