



EMPLEADO - QUÉ HACER CUANDO HAY UNA LESIÓN EN EL TRABAJO

Los empleados deben notificar inmediatamente a su supervisor sobre cualquier lesión que ocurra mientras están trabajando: independientemente de que requieran atención médica.

Firme el **First Report of Employee Injury**

Firme el **Reconocimiento del Empleado del Programa de Contratación Directa de Alliance**

Firme el **Elect Leave Benefits with Workers' Compensation**

Forms to be given to employees

- Injured Employee Responsibilities
- Notice of Injured Employee Rights and Responsibilities
- Verification of Employment (**if seeking treatment**)
- OPTUM (**if seeking treatment**)

Supervisor: envíe por correo electrónico todos los formularios y documentos firmados antes del siguiente día a:

Letty Arredondo, Benefits Supervisor
Phone: 281.707.3705
Fax: 346.216.3000
Email: Leticia.Arredondo@gccisd.net

Comuníquese con Beneficios si tiene más preguntas o problemas relacionados con los indemnizaciones por lesiones. Avise a Letty Arredondo de inmediato si usted falta a cualquier hora, regresa al trabajo, o si tiene alguna pregunta o inquietud.

NOTA: Se debe presentar un primer informe de lesión una vez que los informes de los empleados o la escuela/departamento tengan conocimiento de cualquier lesión, enfermedad o incidente en el trabajo. El seguro grupal no cubre el tratamiento médico por lesiones de compensación para trabajadores indemnizables. Los empleados no deben pagar el tratamiento médico por una lesión de compensación para trabajadores.



GOOSE CREEK CONSOLIDATED INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

First Report of Employee Injury-Spanish

Employee Information

Nombre: SSN: Fecha De Nacimiento:
Sexo (F/M): Raza: Estado Civil:
Posicion: Departamento/Escuela:
Direccion: Telefono:

Description of Incident

Fecha de lesion: Horario de lesion: am pm
Naturaleza de lesion (magulladura, corte, tension, etc.):
Parte especifica de la persona lesionada (antebrazo izquierdo, pie, etc.):
Causa de la lesión (caída, resbalón, golpe, etc.):
Objeto o sustancia involucrada en la lesión (herramienta,quimico, etc.):
Lugar del incidente:
Testigo del incidente:
Cuenta del empleado del incidente:
Fecha de reporte: Reportado a:

Additional Information (to be completed by Supervisor)

Supervisor Name: Campus/Department:
Employee Date of Hire: Full-Time Part-Time Rate of Pay: hourly daily
Was the employee doing his/her regular job? Yes No
Did the incident occur on district property? Yes No If yes, location:
Did the employee seek medical treatment? Yes No If yes, where:
Supervisor's Account or Comments:

Pursuant to the terms of the Medical Practices Act, I hereby consent to any physician's release to my employer or its authorized representatives of any and all information or medical records, confidential or otherwise, which he may acquire in the course of my examination or treatment. The reason or purpose for this release is my employer's payments to me, supplemental or sick pay, medical or other benefits, investigation of my medical condition, or other purposes related to my employment.

In the event of any overpayment or underpayment to me, I authorize Goose Creek CISD, without separate notice, to make any adjustments to my pay in subsequent pay periods for errors incurred during preceding pay periods.

Notify your supervisor immediately if injury required physician's care. Falsification of any portion of this report may result in termination.

Employee Signature: Date:

Supervisor Signature: Date:



GOOSE CREEK CONSOLIDATED INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

RECONOCIMIENTO DEL EMPLEADO DEL PROGRAMA DE CONTRATACIÓN DIRECTA DE ALLIANCE

He recibido la información que explica como obtener tratamientos medicos si me lastimo en el trabajo. Si estoy lastimado en el trabajo y vivo en un área de servicio descrita en esta información, entiendo que:

1. Tengo que escoger un doctor de la lista de la Alliance (PSWCA), que son señalados para tratar.
2. Debo ir a este doctor para todo el tratamiento médico para mi lesión. Si necesito un especialista, el doctor que me trata me referirá. Si necesito tratamientos de emergencia, yo entiendo que puedo ir a cualquier profesional médico licenciado dentro de los Estados Unidos.
3. Si el doctor me refiere a un especialista, yo entiendo que necesito verificar que el doctor sea un miembro del la Alliance.
4. TASB le pagara al doctor escojido y a doctores tambien que son partidos de PSWCA.
5. Puedo ser responsable de la cuenta si recibo tratamiento medico de doctores que no son miembros de la Alliance y sin la aprobacion anterior de TASB.
6. Reportando un reclamo de lastimadura falsa o fraudulenta es un crimen que puede resultar en multas y o al encarcelamiento.
7. Si deseo cambiar doctores despues de mi primera opción, puedo hacerlo dentro 60 dias de comensar mi tratamiesto. Puedo solamente escoger de la lista de doctores que estan en el Alliance. La tercer opción necesita probacion de mi ajustador antes de cabiar doctor.

Firma (Signature)

_____/_____/_____
Fecha (Date)

Nombre en imprenta (Printed Name)

Direccion de domicilio incluyendo ciudad, estado y zip (Address)

Nombre de empleo (Name of Employer): _____

Nombre del programa de contratar doctores directament (Name of Direct Contracting Program):
Political Subdivision Workers' Compensation Alliance (the Alliance)

El servicio de contratar doctores directamente en las areas de servicio, son subjetivos a cambiar. Para localizar un doctor de tratamiento en su area, visite al Internet en: www.pswca.org o llame a su ajustador al numero: 800.482.7276.

To be completed by the employer only

Please indicate whether this is the:

- Initial Employee Notification
- Injury Notification (Date of Injury: ____/____/____)

Do not return this form to the TASB Risk Management Fund unless requested.



GOOSE CREEK CONSOLIDATED INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

To Elect Leave Benefits with Workers' Compensation (No Offset) -Spanish

Employee Information

Nombre: _____ Número de empleado: _____
 Posición: _____ Departamento/campus: _____

Este empleado está ausente de su trabajo debido a una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo que comenzó en (fecha de la primera ausencia que se atribuye a enfermedad o lesión). Si es elegible, el seguro de compensación de los trabajadores puede comenzar a pagar un porcentaje de los salarios actuales del empleado en el octavo día de ausencia del trabajo, en caso de que se requiera una ausencia prolongada.

Firma autorizada de distrito: _____ Fecha: _____

Elección del Empleado

Estoy ausente del trabajo debido a una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo. Comprendo que no soy elegible para los beneficios de ingreso semanales de compensación para trabajadores hasta que mi ausencia exceda los siete días calendario. También comprendo que el distrito continuará pagando su aporte hacia el costo de mi cobertura de seguros médicos (si es aplicable) siempre y cuando estoy en licencia con goce de sueldo y/o licencia familiar o médica (FMLA). Asimismo, comprendo que seré responsable de pagar todas las primas de seguros médicos si estoy en licencia sin goce de sueldo que no sea una licencia FMLA. Elijo la siguiente opción:

- Elijo utilizar solamente _____ días de licencia disponible con goce de sueldo en esta oportunidad.
- Elijo utilizar todas las licencias con goce de sueldo disponibles. Comprendo que no recibiré los beneficios de ingresos semanales de compensación de los trabajadores hasta que haya acabado toda mi licencia con goce de sueldo o hasta en que la licencia con goce de sueldo no es equivalente a mi sueldo previo a la enfermedad o a la lesión.
- Elijo no utilizar la licencia con goce de sueldo disponible en esta oportunidad. Comprendo que no recibiré pagos de salario regulares de Goose Creek CISD mientras reciba los beneficios de ingreso semanales conforme a la compensación de los trabajadores. No se deducirá la licencia con goce de sueldo disponible de mi saldo de licencia. Asimismo, comprendo que, al seleccionar esta opción, recibiré solamente los beneficios de salario de compensación de los trabajadores para las ausencias que deriven de mi enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, a menos y hasta que comunique al distrito un cambio en mi decisión.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

For office use only

Amount of leave paid to employee: \$ _____
 Daily rate: \$ _____ or Hourly rate: \$ _____ / # of hours paid: _____
 Period of payment: from ____/____/____ to ____/____/____ for ____ days or ____ weeks



Compensación de Trabajadores-Responsabilidad del Empleado

Accidente Mientras Esta De Servicio

Cuando un empleado (de tiempo completo, de tiempo parcial, temporal, sub) tiene un accidente y se lesiona de cualquier manera mientras está en el trabajo, el empleado debe informar inmediatamente el accidente / incidente a su supervisor. El supervisor reportará el accidente / incidente a la secretaria de la escuela o a la persona designada para presentar el informe del accidente.

EN CASO DE AN ACCIDENTE OR LESION, POR FAVOR SIGA ESTOS PASOS:

- Reporte la Lesión**
Los empleados deben notificar inmediatamente a su supervisor de cualquier lesión que ocurra mientras están de servicio, independientemente de si requieren atención médica. Complete el informe de lesiones dentro de **las 24 horas posteriores** al accidente / enfermedad.
- Complete los Formularios de Reporte de Lesion con su Secretaria o Designado del Campus/ Departamento** (Puede encontrar los folmularios en el [Employee Packets-Record Only-Spanish](#) or si necesita atencion medica, [Needing Medical Attention-Spanish](#)).
 1. Complete y firme [Goose Creek First Report of Injury](#).
 2. Complete y firme [Reconocimiento del Empleado del Programa de Contratacion Directa de Alliance](#)
 3. Complete y firme [Elect Leave Benefits with Worker's Compensation Form](#).
- Si el Empleado Necesita Atención Médica:**
 - * Goose Creek CISD ha elegido, la Subdivisión Política de Worker's Compensation Alliance (la Alianza) para gestionar la atención médica y el tratamiento de los empleados que se lesionan en el trabajo.
 - * Para emergencias, los empleados pueden ir a la sala de emergencias más cercana.
 - * Para casos que no sean de emergencia, los empleados pueden ser vistos en la clinica GCCISD Employee Wellness Clinic. Si busca tratamiento fuera de horas de operacion, deben elegir un médico tratante de la red de Proveedores de la Alianza que figura en www.pswca.org.
 - * Los empleados son responsables de informar al médico tratante de sus deberes laborales actuales.

ARTÍCULOS ADICIONALES

- Restricciones**
Después de buscar tratamiento médico, el empleado debe presentar el Informe de Estado de Trabajo DWC-73 después de cada seguimiento a el Supervisor de Beneficios hasta que el empleado reciba una liberación completa para regresar al trabajo. Si el empleado es liberado para regresar al trabajo con restricciones, el administrador del campus / departamento y el Supervisor de Beneficios determinarán si se pueden hacer adaptaciones.
- Tiempo Perdido**
 - * En el caso de que un empleado no pueda regresar al trabajo debido a una lesion o accidente, el empleado debe notificar inmediatamente a su supervisor y el Supervisor de Beneficios.
 - * El empleado debe informar a el Supervisor de Beneficios si desea utilizar su licencia disponible para su (s) ausencia(s) a través de la Elect Leave Benefits Form. Si no se recibe este formulario, el empleado no recibirá pago por ninguna ausencia. tomado después de su lesión.
 - * El empleado debe notificar a el Supervisor de Beneficios sobre el estado actual del empleado inmediatamente **después de cada visita** con el médico tratante hasta que el empleado obtenga una liberación completa del tratamiento.

Si no se desea o no necesita tratamiento médico, aún será necesario hacer un informe del incidente / accidente y se deberá completar el Employee Packet-Record Only.

Aviso sobre los Derechos y Responsabilidades para los Empleados Lesionados en el Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas

En Texas, usted como empleado lesionado tiene derecho a recibir ayuda gratuita por parte de la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel -OIEC, por su nombre y siglas en inglés). Esta ayuda se ofrece en las oficinas locales en todo el estado. Las oficinas locales también proporcionan otros servicios del sistema de compensación para trabajadores por parte del Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance -TDI, por su nombre y siglas en inglés). TDI, es la agencia estatal que regula y administra el sistema de compensación para trabajadores mediante la División de Compensación para Trabajadores (Division of Workers' Compensation –DWC, por su nombre y siglas en inglés).

Muchos de los servicios que son proporcionados por parte de OIEC y de DWC pueden ser llevados a cabo por teléfono. Usted puede comunicarse con OIEC llamando al teléfono gratuito 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432). Visite el sitio Web de OIEC en www.oiec.texas.gov, para obtener información adicional, incluyendo la ubicación de las oficinas. Usted puede comunicarse con DWC llamando al teléfono gratuito 1-800-252-7031. La información de DWC se encuentra disponible en la página de Internet: www.tdi.texas.gov.

Sus Derechos Dentro del Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas:

1. Usted tiene derecho a contratar a un abogado para asistirle con su reclamación de compensación para trabajadores.

Para obtener asistencia para encontrar a un abogado, llame al servicio de recomendación de abogados de la Barra de Abogados del Estado de Texas (State Bar of Texas, por su nombre en inglés) al 1-877-983-9227 o visite www.texasbar.com. La información sobre la recomendación de abogados también puede encontrarse en la página de Internet de OIEC en www.oiec.texas.gov.

2. Usted tiene derecho a recibir asistencia por parte de OIEC si no cuenta con un abogado.

Los Representantes de Servicio al Cliente de OIEC, así como los Ombudsman están disponibles para responder a sus preguntas y proporcionarle asistencia con su reclamación de compensación para trabajadores ya sea llamando a OIEC o visitando una de las oficinas de OIEC. **Usted debe firmar una autorización por escrito antes que un empleado de OIEC pueda tener acceso a la información sobre su reclamación.** Llame o visite una oficina de OIEC para completar la autorización por escrito. Los Representantes de Servicio al Cliente de OIEC y los Ombudsman han sido entrenados en el campo de compensación para trabajadores y pueden ayudarle a programar un procedimiento de resolución de disputas, relacionado con su reclamación de compensación para trabajadores. Un ombudsman también puede asistirle en una Conferencia para Revisión de Beneficios (Benefit Review Conference –BRC, por su nombre y siglas en inglés), en una Audiencia para Disputar Beneficios (Contested Case Hearing –CCH, por su nombre y siglas en inglés), y en una apelación. Sin embargo, un Ombudsman no puede tomar decisiones por usted, ni dar opiniones por usted o proporcionar asesoramiento legal.

3. Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a recibir beneficios médicos y beneficios de ingresos sin importar quién tuvo la culpa de su lesión. Sus beneficiarios podían tener derecho a recibir beneficios por causa de muerte y beneficios de gastos para el entierro.

La información sobre las excepciones puede encontrarse en www.tdi.texas.gov o consultando al personal de OIEC.

4. Usted puede tener derecho a recibir atención médica para atender su lesión o enfermedad que sucedió en el área de trabajo, durante todo el tiempo que sea médicamente necesario y relacionado con la lesión que sucedió en el área de trabajo.

Usted puede tener derecho a recibir un reembolso por los gastos incurridos después de viajar para asistir a una cita médica o a un examen médico requerido (required medical examination, por su nombre en inglés), si el viaje cumple con las condiciones de calificación.

5. Usted puede tener derecho a recibir beneficios de ingresos por su lesión relacionada con el trabajo.

Existen varios tipos de beneficios de ingresos, así como requisitos de elegibilidad. La información sobre los tipos de beneficios de ingresos que pueden estar disponibles, y los requisitos de elegibilidad pueden ser encontrados en www.tdi.texas.gov o consultando al personal de OIEC.

6. Usted puede tener derecho a una resolución de disputas con respecto a sus beneficios de ingresos y beneficios médicos.

Usted puede solicitar una Resolución de Disputas Médicas (Medical Dispute Resolution, por su nombre en inglés) si está en desacuerdo con la aseguradora sobre los beneficios médicos. Usted puede solicitar una Resolución de Disputas por Indemnización (Ingresos) (Indemnity (Income) Dispute Resolution, por su nombre en inglés), si está en desacuerdo con la aseguradora sobre los beneficios de ingresos. La ley establece que sus procedimientos de resolución de disputas sean llevados a cabo dentro de 75 millas del domicilio suyo.

7. Usted tiene derecho a escoger a su médico de tratamiento.

Si usted pertenece a una red de servicios médicos de compensación para trabajadores (Workers' Compensation Health Care Network), (red), debe escoger a su médico de la lista de médicos de tratamiento de la red. Usted puede cambiar a su médico de tratamiento una sola vez sin la necesidad de obtener la aprobación de la red. Si no pertenece a una red, usted puede inicialmente escoger a cualquier médico que esté dispuesto a atender su lesión de compensación para trabajadores; sin embargo, si usted no pertenece a una red, el cambio de su médico de tratamiento debe ser pre-aprobado por DWC. Si es empleado de una subdivisión política, tal como la ciudad, el condado, o el distrito escolar, usted deberá seguir los reglamentos de dicha subdivisión política para escoger a un médico de tratamiento. Es importante seguir todos los reglamentos en el sistema de compensación para trabajadores. **Si usted no sigue estos reglamentos, podría ser considerado responsable por el pago de las facturas médicas.** El personal de OIEC puede ayudarle a entender estos reglamentos.

8. Usted tiene derecho a que la información sobre su reclamación de compensación para trabajadores se mantenga confidencial.

En la mayoría de los casos, el contenido del expediente de su reclamación no puede ser obtenido por otras personas. Algunos participantes tienen derecho a conocer el contenido del expediente de su reclamación, tal como su empleador o la aseguradora de su empleador. También, un empleador que esté considerando contratarle a usted puede obtener información limitada por parte de DWC sobre su reclamación.

Sus Responsabilidades Dentro del Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas:

1. Usted tiene la responsabilidad de informar a su empleador si se ha lesionado en el trabajo mientras desempeñaba sus deberes de trabajo. Usted debe informar a su empleador dentro de 30 días a partir de la fecha en que sucedió su lesión o del día en que usted se dio cuenta que su lesión o enfermedad podría estar relacionada con su trabajo.

- 2. Usted tiene la responsabilidad de saber si pertenece a una Red de Servicios Médicos de Compensación para Trabajadores (red) (Workers' Compensation Health Care Network -network).**
Si no sabe si pertenece a una red de servicios médicos, pregúntele al empleador para el cual usted trabajaba al momento en que ocurrió su lesión. Si pertenece a una red, es su responsabilidad seguir los reglamentos de dicha red. Si usted encuentra algo que no entiende, pregunte a su empleador o llame a OIEC. Si desea presentar una queja sobre una red, llame a la Línea de Ayuda al Consumidor de TDI (TDI's Consumer Help Line, por su nombre en inglés) al 1-800-252-3439 o presente su queja en línea en www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html#wc.
- 3. Si usted trabajó para una subdivisión política (p. ej. la ciudad, el condado o el distrito escolar) al momento en que sucedió su lesión, es su responsabilidad averiguar cómo recibir tratamiento médico.**
Su empleador debe poder proporcionar la información que usted necesita para determinar cuáles son los proveedores de servicios médicos que pueden atender su lesión relacionada con el trabajo.
- 4. Usted tiene la responsabilidad de informar a su médico cómo es que usted se lesionó y determinar si la lesión está relacionada con el trabajo.**
- 5. Usted tiene la responsabilidad de completar y enviar a DWC el Formulario DWC-041, Reclamo del Empleado para Compensación por una Lesión Relacionada con el Trabajo o Enfermedad Ocupacional.**
Usted cuenta con un año para enviar el formulario después de haberse lesionado o después de haberse enterado que su enfermedad podría estar relacionada con su trabajo. Complete y envíe el Formulario DWC-041 aun si ya está recibiendo beneficios. Usted puede perder su derecho a recibir beneficios si no envía a tiempo el formulario completo a DWC. Para obtener una copia del Formulario DWC-041 comuníquese con DWC o con OIEC.
- 6. Usted tiene la responsabilidad de proporcionar su dirección actual, número de teléfono e información sobre su empleador a DWC y a la aseguradora. Usted puede comunicarse con DWC al 1-800-252-7031.**
- 7. Usted tiene la responsabilidad de informarle a DWC y a la aseguradora cada vez que haya un cambio en el estado de su empleo o su salario.**
(Algunos ejemplos de cambios incluyen: si deja de trabajar a causa de su lesión; si usted regresa a trabajar; o si recibe una oferta de trabajo).
- 8. Los beneficiarios que son elegibles o las personas que buscan obtener beneficios por causa de muerte o beneficios de gastos para el entierro, tienen la responsabilidad de completar y enviar a DWC el Formulario DWC-042, Reclamación del Beneficiario para Obtener Beneficios por Causa de Muerte dentro de un año, a partir de la fecha en que el empleado falleció.**
- 9. Usted tiene prohibido hacer reclamaciones o demandas injustificadas o fraudulentas.**

**PAGES 9 & 10
TO BE GIVEN
TO EMPLOYEES
IF SEEKING
TREATMENT**

Verification of Employment for a Reported Workers' Compensation Injury or Illness

Please take this form to the doctor for your first medical examination.

Employee Name _____ Date of Injury _____

Date of Birth _____ Social Security _____

Reported Work Related Injury or Illness:

Goose Creek CISD workers' compensation coverage provider is the Texas Association of School Boards Risk Management Fund which is a member of the Political Subdivision Workers' Compensation Alliance (the Alliance.) For emergencies, an injured employee may go to the nearest emergency room. Otherwise, all other treatment must be from an Alliance Provider listed at pswca.org.

Please submit all claim and medical billing information to:

TASB Risk Management Fund
P.O. Box 2010
Austin, TX 78768-2010
Phone: 800.482.7276
Fax: 800.580.6720

Pre-Authorization

Phone: 800.482.7276, x9907
Fax: 888.777.8272

Issuing Signature _____

Title _____

Phone Number _____

Date _____

Providers please submit Work Status Reports and all Job Description enquiries to:

Letty Arredondo, Benefits Supervisor
Phone: 281.707.3705
Fax: 346.216.3000
Email: Leticia.Arredondo@gccisd.net

For a full list of Alliance Providers please visit pswca.org.

HACEMOS MÁS SENCILLO...

EL ABASTECIMIENTO DE LAS RECETAS MÉDICAS DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN POR ACCIDENTES LABORALES.

Optum ha sido elegido para administrar los beneficios farmacéuticos de su programa de compensación por accidentes laborales para su empleador o su asegurador. Más adelante incluimos su tarjeta First Fill que le permitirá recibir las recetas médicas relacionadas con su lesión en su farmacia local. Llene esta tarjeta siguiendo las instrucciones que se indican a continuación.

Empleado lesionado:



Si necesita que se le abastezca su receta médica para una lesión o enfermedad relacionada con su trabajo, visite una farmacia de la red Optum Tmesys®. Entregue esta tarjeta temporal al farmacéutico. El farmacéutico abastecerá su receta médica bajo costo o sin costo alguno.



Si se acepta su reclamación del programa de compensación por accidentes laborales, recibirá una tarjeta permanente por correo. Use esa tarjeta para otras recetas médicas de lesiones o enfermedades relacionadas con su trabajo.



La mayoría de farmacias y todas las grandes cadenas de farmacias forman parte de la red. Para encontrar una farmacia de la red, llame al 1-866-599-5426 o visite tmesys.com.

¿Tiene alguna pregunta?
¿Necesita ayuda?



1-866-599-5426



WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM

TASB Risk Mgmt. Fund
PORTADORA EMPLEADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR LESIONADO

Por favor provea directamente al farmacéutico

NUMERO DE SEGURO SOCIAL FECHA DE ALA LESION (AAMMDD)

Aviso para el titular de la tarjeta: Presente esta tarjeta a la farmacia para recibir los medicamentos para la lesión relacionada con su trabajo. Para ubicar una farmacia, visite tmesys.com.

Attention Pharmacists: Enter RxBIN, RxPCN and GROUP. Member ID # format is the date of injury and SSN combined as follows: YYMMDD123456789.

Tmesys is the designated PBM for this patient.

Tmesys Pharmacy Help Desk
1-800-964-2531

	NDC	or	Envoy
RxBIN	004261	or	002538
RxPCN	CAL	or	Envoy Acct. #
GROUP	TASBF		

NOTA: Esta tarjeta First Fill solo es válida para una lesión o enfermedad cubierta por su programa de compensación por accidentes laborales.



Empleador:

Inmediatamente después de recibir un aviso sobre una lesión, llene la información antes indicada y entregue este formulario al empleado.