Informe de Investigación del Incidente

Infórmenos sobre la lesión o el incidente de inmediato llamando a Omaha National al 844-761-8400 incluso si algunos espacios en este formulario están en blanco.

Fecha de Hoy _____

Tipo de Incidente ☐ Muerte ☐ Perdida de Tiempo ☐ Medico Solamente ☐ Primeros Auxilios ☐ Daño a la Propiedad ☐ Informe Solamente / Cuasi Accidente

Fecha del Incidente _____

Hora del incidente _____ ☐ AM ☐ PM

Fecha en que fue Reportado _____

Reportado a _____

Trabajador Lesionado

Nombre _____

Departmento _____

Titulo de Trabajo _____

Supervisor _____

Horario de Trabajo ☐ Lun ☐ Mar ☐ Mie ☐ Jueves ☐ Vie ☐ Sab ☐ Dom

Comienzo del Turno _____ ☐ AM ☐ PM

Fin del Turno _____ ☐ AM ☐ PM

Tiempo en esa Posicion _____

Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de Nacimiento _____

Fecha de Contratación _____

Tipo de Empleado ☐ Tiempo Completo ☐ Timpo Parcial ☐ Por Temporada ☐ Temporal

Domicilio _____

Ciudad, Estado, & Codigo _____

Numero Telefónico _____

Sueldo / Salario _____

Incidente o lesion

En donde ocurrió el incidente _____

Fase del día ☐ Durante el Periodo de Receso ☐ Durante el periodo de almuerzo ☐ Trabajando tiempo extra ☐ Entrando o saliendo ☐ Desempeñando tareas laborales ☐ Otro (Explique):

Descripción del Incidente (que estaba haciendo el empleado y que paso):
Maquinas, materiales, herramientas, o equipo utilizado, manipulado, o involucrado:
Tipo de lesión y partes del cuerpo afectadas:

Testigo(s) ☐ Si ☐ No

Nombre _____ Numero Telefónico _____

Nombre _____ Numero Telefónico _____

Nombre _____ Numero Telefónico _____

Tratamiento Médico y Estatus de Trabajo

Primeros Auxilios Proporcionados ☐ No ☐ Si — Describa _____

Perdió Tiempo ☐ No ☐ Si — Liste el/los día(s) _____

Regreso a Trabajar ☐ No ☐ Si — Fecha _____

Atención de Emergencia ☐ No ☐ Si

Estatus de Trabajo ☐ Fuera del trabajo ☐ Trabajo ligero ☐ Trabajo regular

Nombre del Medico _____ Nombre del hospital _____

Dirección _____ Dirección _____

Ciudad, Estado, & Código _____ Ciudad, Estado, & Código _____

Numero Telefónico _____ Numero Telefónico _____

Factores Contribuyentes

Condiciones inseguras en el lugar de trabajo:
(Marque todo lo que corresponda)

- ☐ Protección inadecuada
- ☐ Peligro sin protección
- ☐ El dispositivo de seguridad está defectuoso
- ☐ Herramienta o equipo defectuoso
- ☐ El diseño de la estación de trabajo es peligroso
- ☐ Iluminación insegura
- ☐ Ventilación insegura
- ☐ Falta de equipo de protección personal necesario
- ☐ Falta de equipo / herramientas adecuados
- ☐ Ropa insegura
- ☐ Sin entrenamiento o entrenamiento insuficiente
- ☐ Otro: _____

Acciones inseguras hechas por personas:
(Marque todo lo que corresponda)

- ☐ Operando sin permiso
- ☐ Operando a una velocidad insegura
- ☐ Dándole servicio a equipo que tiene electricidad
- ☐ Inhabilitando un dispositivo de seguridad
- ☐ Usando equipo defectuoso
- ☐ Usando equipos de forma no aprobada
- ☐ Levantamiento inseguro o inadecuado
- ☐ Tomando una posición o postura insegura
- ☐ Distracción, burlas, payasadas
- ☐ No usar equipo de protección personal
- ☐ No utilizar el equipo / herramientas disponibles
- ☐ Otro: _____

Describa por qué existen las condiciones inseguras:
Describa por qué ocurrieron las acciones inseguras:

Medidas Preventivas

- ☐ Mejorar el cumplimiento
- ☐ Mejorar el almacenamiento / colocacion
- ☐ Identificar / mejorar el equipo de protección personal
- ☐ Análisis de tareas / revisión de procedimientos
- ☐ Uilizar otros materiales / suminitros
- ☐ Mejorar la ventilzacion
- ☐ Mejorar/cambiar el metodo de trabajo
- ☐ Mejorar los procedimientos de limpieza
- ☐ Rotation of Employee
- ☐ Instalar/Revisar protecciones/dispositiv
- ☐ Mejorar el diseño / construcción
- ☐ Mejorar la iluminación
- ☐ Reestructuración de los empleados
- ☐ Otros: _____
- ☐ Reparar / reemplazar equipo
- ☐ Eliminar la congestión
- ☐ Análisis de tareas por completar
- ☐ Reasignación laboral de trabajadore
- ☐ Instrucciones obligatorias previas al trab
- ☐ Consejería correctiva

Envíenos el formulario completo por fax al 844-761-8402 o envíenoslo por correo electrónico a claims@omahanational.com.

Completado por _____ Fecha _____

Firma _____ Titulo _____

Para su protección, la ley de Arizona exige que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.