



# SOCORRO INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

## Reporte de Accidente/Incidente Para Lesiones de Trabajo

### Sección I: Reporte de Accidente/Incidente

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_

Masculino  Femenino

Número de Empleado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Contratación: \_\_\_\_\_

Escuela/Departamento: \_\_\_\_\_

Telefono de Escuela/Departamento: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Supervisor: \_\_\_\_\_

Domicilio del Empleado: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha del Accidente: \_\_\_\_\_

Hora del Accidente: \_\_\_\_\_

Tipo de Accidente/incidente (Ejemplo: Caída, Cortada, etc.):

Partes Lesionadas: \_\_\_\_\_

### (Favor de marcar las partes lesionadas en la siguiente página)

Describe como sucedió el accidente/incidente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Yo afirmo que la información provista en este documento es en su totalidad correcta.
- Entiendo que cualquier falsificación de información con relación a este accidente/incidente que ocurrió en el trabajo puede resultar en acción disciplinaria y/o seguimiento por una causa criminal bajo la ley del apropiado código estatal

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Nota: Si el reporte fue llenado por otra persona que no es el empleado lesionado, favor de indicar el nombre y título de la persona que lleno el reporte así como firmar e indicar la fecha**

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Ocupación

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



# SOCORRO INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

## Reporte de Accidente/Incidente Para Lesiones de Trabajo

Favor de Mandar el Reporte Completo a:

Socorro Independent School District

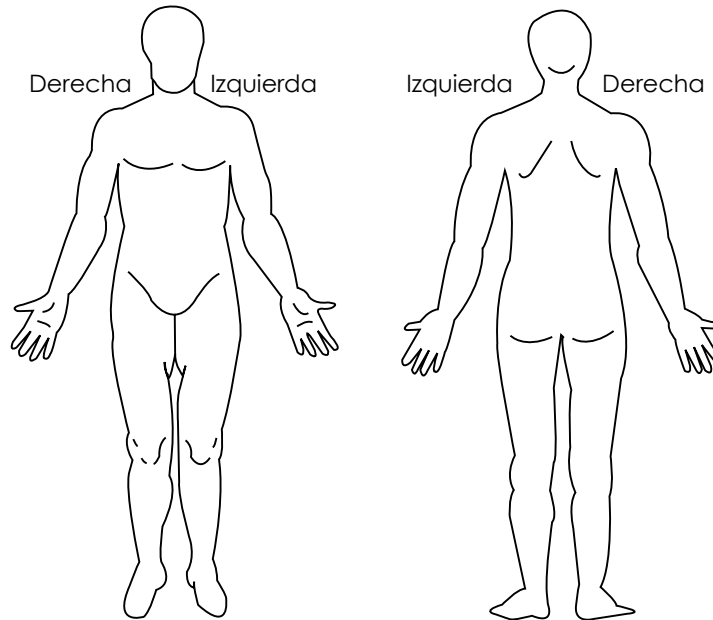
**Risk Management Division**

12440 Rojas Drive, El Paso Texas 79928

Phone Number: (915) 937-0251

Fax Number: (915) 851-7934

En el diagrama proveído, favor de marcar las partes del cuerpo que fueron lesionadas o en las que usted sienta dolor por el accidente/incidente.



\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Supervisor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**\*\* Al Momento El Empleado No Cree Que Tratamiento Medico Sea Necesario \*\***

SI

NO



# SOCORRO INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

## Reporte de Accidente/Incidente Para Lesiones de Trabajo

### Sección II: Testigo (esta sección debe ser completada únicamente por el testigo)

Nombre del Testigo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado lastimado: \_\_\_\_\_

Fecha del accidente/incidente: \_\_\_\_\_

¿Usted fue testigo de el incidente?  Sí  No

¿Hubo requerimiento de atención medica?  Sí  No

¿Se administraron primeros auxilios?  Sí  No

¿Quien los administró? \_\_\_\_\_

Explique como sucedió el accidente/incidente: \_\_\_\_\_

- Yo afirmo que la información provista en este documento es en su totalidad correcta.
- Entiendo que cualquier falsificación de información con relación a este accidente/incidente que ocurrió en el trabajo puede resultar en acción disciplinaria y/o seguimiento por una causa criminal bajo la ley del apropiado código estatal.

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Devuelva esta forma a:

Socorro Independent School District  
**Risk Management Division**  
 12440 Rojas Drive, El Paso Texas 79928  
 Phone Number: (915) 937-0251  
 Fax Number: (915) 851-7934



# SOCORRO INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

## Reporte de Accidente/Incidente Para Lesiones de Trabajo

### Sección III: Petición Para Usar Días Personales

Es la responsabilidad del empleado reportar ausencias debido a la lesión de trabajo (indemnización al trabajador)

**TIENE QUE REPORTAR TODA FALTA DE TRABAJO AL SISTEMA DE FALTAS ABSENCE MANAGEMENT**

### PETICIÓN PARA USAR DÍAS PERSONALES

(Favor de escribir toda la información en su puño y letra)

Nombre De Empleado: \_\_\_\_\_

Número de Empleado: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_

Los empleados que están recibiendo beneficios de indemnización al trabajador tienen la opción de usar o no usar sus días personales. Si el empleado/a llegara a perder tiempo de trabajo y recibe beneficios de indemnización al trabajador puede optar en usar o no usar sus días personales simultáneamente durante este tiempo.

**¿Usted opta en usar sus días personales?**

SI

NO

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**\* Tome en cuenta:** Si usted no llena esta porción o deja espacios sin llenar, el Distrito **NO** usara sus días personales y su pago puede ser afectado.

## Autorización de la HIPAA para revelar información médica confidencial

Yo \_\_\_\_\_, con fecha de nacimiento del \_\_\_\_\_, autorizo que mi información médica confidencial \* sea revelada conforme a lo que aquí se indica. Entiendo que esta autorización es voluntaria, hecha para confirmar mi indicación. Entiendo que si la persona(s) u organización(es) a las que autorizo para recibir mi información médica confidencial no están sujetas a las leyes federales o estatales de privacidad de información médica\*\*, dichas leyes no protegerán mi información confidencial de que tal( es) persona(s) u organización(es) la divulguen posteriormente.

1. Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) y/u organización(es) para revelar mi información médica confidencial (como se detalla a continuación):

*Todos los prestadores de servicios médicos que me hayan atendido.*

2. Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) y/u organización(es) para recibir mi información médica confidencial como le(s) sea revelada por la(s) persona(s) y/u organización(es) mencionada(s).

**Nombre: Claims Administrative Services, Inc.**

P.O. Box 7500  
Tyler, Texas 75711

**Texas Dept. of Insurance - Division of Workers' Compensation**

7551 Metro Center Drive, Suite 100  
Austin, Texas 78744-1609

Otros: \_\_\_\_\_

3. Descripción detallada de la información médica confidencial que autorizo para ser revelada (la autorización para revelar expedientes psicoterapéuticos debe ser por separado):

*Todos y cada uno de los expedientes sobre mi salud, incluyendo historial médico, consultas, exámenes, recetas, diagnósticos, análisis, resultados o tratamientos.*

*Además autorizo específicamente la revelación de expedientes psicoterapéuticos, si los hubiera.*

4. El propósito de pedir esta información es para que la compañía de seguros la use a fin de evaluar, ajustar, describir o informar asuntos sobre mi salud a personas facultadas para recibir esta información.
5. Entiendo que en cualquier momento puedo revocar por escrito esta autorización, salvo en lo que esta(s) persona(s) y/u organización( es) antes mencionada(s) hayan actuado en virtud de esta autorización.

**La información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) es información médica que un proveedor de servicios médicos, un seguro médico o un centro de intercambio de información sobre servicios médicos crea o recibe, relacionada con: 1) la salud física o mental pasada, presente o futura de un individuo; 2) la prestación de servicios médicos a un individuo, o 3) los pagos pasados, actuales o futuros por la prestación de atención médica a un individuo. Para que la información quede protegida, ésta debe identificar al ~-individuo o proporcionar una base razonable para suponer que la información puede identificar al individuo. 45 C.F.R. 164.508**

**Estas leyes son aplicables a seguros médicos, proveedores de servicios médicos y centros de intercambio de información sobre servicios médicos.**

6. Entiendo que la forma y pago de mi tratamiento no están supeditados a mi aceptación de esta autorización.
7. Entiendo que la divulgación de información médica protegida a una entidad que no esté cubierta por las leyes, puede invalidar su protección.
8. Entiendo que se requiere mi consentimiento expreso para revelar cualquier información de atención médica relacionada con análisis, diagnósticos y/o tratamientos por el VIH (virus del SIDA), enfermedades de transmisión sexual, desórdenes psiquiátricos/salud mental o uso de alcohol y/o drogas.

Si se me han realizado pruebas o he sido diagnosticado o tratado por VIH (virus del SIDA), enfermedades de transmisión sexual, desórdenes psiquiátricos/salud mental o uso de alcohol y/o drogas, quedan expresamente autorizados para revelar toda la información de atención médica relacionada con tal diagnóstico, análisis o tratamiento.

9. Esta autorización caduca al año de haber sido otorgada, o en la fecha que mi reclamación de beneficios de compensación para trabajadores sea finiquitada, lo que ocurra primero. He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización. Confirmando que esta autorización es una declaración cierta y correcta de mi voluntad de permitir la revelación de mi información médica protegida (PHI) como ha quedado asentado en la presente autorización.

Nombre

Dirección

Teléfono

Fecha de Nacimiento

Firma de Empleado

Fecha



# SOCORRO INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

## Accident/Incident Report For Work Related Injuries

### Section IV: Nurse Notes/Comments

Employee Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Campus: \_\_\_\_\_

Notes/Comments: \_\_\_\_\_

Multiple horizontal lines for writing notes and comments.

\_\_\_\_\_  
Nurse's Signature