

Vail Health

Informe de lesión del empleado

*** Complete el formulario y envíelo por fax (970-470-6634) o escanéelo y envíelo por correo electrónico a la Oficina de Salud de Empleados dentro de las 24 horas de la lesión ***

Nombre: _____
Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre Número de seguro social

Domicilio físico o postal: _____
Casilla postal / Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono: _____ Nombre del departamento: _____ Puesto: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha de contratación: _____

Instalación de Vail Health en la que estaba trabajando: Vail Campus Surgery Center Vail o Edwards
 Beaver Creek Avon Edwards Gypsum Condado de Summit: lugar: _____ Otro: _____

Empleado: de tiempo completo de tiempo parcial a demanda Horas promedio/semana _____

¿Estaba haciendo horas extra? _____

¿A qué hora comenzó a trabajar el día de la lesión? _____ Duración del turno: _____

¿Tiene otro empleo? Sí No En caso afirmativo, descríballo: _____

Testigos del incidente: _____

Información del accidente o enfermedad

¿En qué fecha ocurrió el incidente? _____ ¿A qué hora? _____

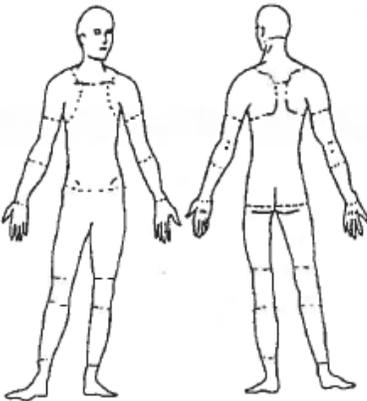
¿Qué partes del cuerpo se lesionó? Descríbalas en detalle (ej.: izquierdo/derecho, superior/inferior) _____

¿Cuál fue la naturaleza de la lesión? Descríbala en detalle _____

Describa en detalle qué factores provocaron la lesión (continúe al dorso si es necesario) _____

Parte del cuerpo afectada

Sombree todas las áreas que correspondan



Naturaleza de la lesión (la más grave)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abrusiones, raspones | <input type="checkbox"/> Amputación | <input type="checkbox"/> Fractura |
| <input type="checkbox"/> Hematoma | <input type="checkbox"/> Quemadura (calor/productos químicos) | <input type="checkbox"/> Lesión por aplastamiento |
| <input type="checkbox"/> Traumatismo en la cabeza | <input type="checkbox"/> Perforación | <input type="checkbox"/> Enfermedad |
| <input type="checkbox"/> Corte, laceración | <input type="checkbox"/> Torcedura | |
| <input type="checkbox"/> Esguince | | |
| <input type="checkbox"/> Exposición a fluidos corporales | | <input type="checkbox"/> Exposición a productos químicos |
| <input type="checkbox"/> Manejo de pacientes | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

¿Necesita o desea recibir atención médica? Sí No

Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el fin de estafarla o intentar hacerlo. Las penas pueden incluir prisión, multas, denegación del seguro e indemnización por daños y perjuicios. Si una compañía proporciona a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante a los efectos de estafarlo o intentar estafarlo con respecto a un acuerdo conciliatorio o indemnización pagadera con los beneficios del seguro, deberá ser denunciada ante la División de Seguros de Colorado del Departamento de Autoridades Reguladoras.

Firma del empleado _____ Fecha _____

Vail Health

Investigación inicial del gerente

*** Complete el formulario y envíelo por fax (970-470-6634), o escanéelo y envíelo por correo electrónico a la Oficina de Salud de Empleados dentro de las 24 horas de la lesión ***

Nombre del empleado lesionado: _____

¿El empleado recibió la "Información para los empleados de Vail Health acerca de la indemnización por accidentes de trabajo" (se encuentra en PolicyStat)? Sí No

¿El empleado había sido capacitado en el procedimiento o tarea que realizaba al momento de la lesión?
 Sí No

¿Qué cree que causó o contribuyó al problema o incidente (las causas incluyen condiciones, acciones, omisiones, equipos o terceros)?

¿Se habían implementado y estaban en uso las reglamentaciones o requisitos de seguridad? De lo contrario, ¿qué ocurrió?

¿Se recomendaron medidas preventivas para tomar en el futuro a fin de evitar que se repita el problema o incidente? _____

¿La lesión se debió a condiciones no seguras en el lugar de trabajo o a acciones imprudentes de personas?

Sí No

En caso afirmativo, descríbalas _____

- ¿Las acciones imprudentes o condiciones inseguras se habían denunciado antes del incidente? Sí No
- ¿Habían ocurrido incidentes o situaciones similares anteriores a este? Sí No
- ¿La lesión ocurrió por manipular o mover pacientes? Sí No
- ¿Cree que esta lesión se podría haber evitado de alguna manera? Sí No

Describa cómo: _____

¿Cómo se pueden evitar incidentes en el futuro?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Interrumpir esta actividad | <input type="checkbox"/> Protegerse de este peligro | <input type="checkbox"/> Capacitar a los empleados |
| <input type="checkbox"/> Capacitar a los supervisores | <input type="checkbox"/> Rediseñar los pasos de la tarea | <input type="checkbox"/> Rediseñar la estación de trabajo |
| <input type="checkbox"/> Elaborar una nueva política o norma | <input type="checkbox"/> Hacer cumplir las políticas existentes | |
| <input type="checkbox"/> Hacer inspecciones de rutina para controlar el peligro | <input type="checkbox"/> Equipo de protección personal | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

¿Qué se debe hacer (o se hizo) para implementar las sugerencias marcadas anteriormente?

¿Se usó la metodología de "Cultura Justa" durante esta investigación y en todas las instancias de asesoramiento al empleado? Sí No

Nombre y puesto en letra de imprenta de la persona que completó el formulario

Ext.

Fecha

Firma de la persona que completó el formulario

*** Complete cada sección del formulario y envíelo por fax o escanéelo y envíelo por correo electrónico a la Oficina de Salud de Empleados de Vail Health (470-6634) dentro de las 24 horas ***

**** Si tiene preguntas, llame a la Oficina de Salud de Empleados de Vail Health (479-5085) o a la Clínica de Salud Ocupacional Avon (569-7715) ****

**Todos los empleadores deben notificar a OSHA dentro de las 8 horas de ocurrido un fallecimiento en el lugar de trabajo o dentro de las 24 horas de cualquier hospitalización, amputación o pérdida de un ojo por causas laborales. Llame al número gratuito 1-800-321-OSHA (6742); TTY 1-877-889-5627.

Información para los empleados de Vail Health

acerca de la indemnización por accidentes de trabajo

Documentación:

- ↪ El "Informe de lesión del empleado" se debe completar y procesar dentro de las **24 horas** de ocurrida la lesión.
- ↪ El formulario completado se debe enviar por fax a la Oficina de Salud de Empleados **inmediatamente después de haberlo llenado** (970-470-6634), y el formulario original se debe enviar por correo interno a dicha oficina.
- ↪ Si no puede reunirse con el gerente para completar la segunda página, un supervisor o encargado podrá completar el formulario y transmitirle la información al gerente. Envíe el formulario por fax a la Oficina de Salud de Empleados tan pronto como sea posible.
- ↪ Los proveedores autorizados para atenderlo por una lesión de **urgencia o emergencia** son los siguientes:
 - ↪ Vail Health Emergency Department
 - ↪ Beaver Creek Medical Center (por temporada)
 - ↪ Avon Urgent Care
 - ↪ Gypsum Urgent / Emergent Care
- ↪ El proveedor autorizado para atenderlo por una lesión que no sea de urgencia o emergencia o para consultas de seguimiento:
 - ↪ Avon Occupation Health Clinic 970-569-7715

Lista de proveedores designados de Vail Health

Fredrick Scherr, médico (MD) o Lucia London, enfermera practicante de familia (FNP)
Avon Occupational Health Clinic
230 Chapel Place #D101
Avon, CO. 81620
970-569-7715

Compañía de seguros responsable de las reclamaciones: CHA Trust for Workers' Compensation.
CorVel (administrador independiente)
P.O. Box 3937
Greenwood Village, CO 80155
1-800-929-6090 (sin cargo)

Representantes del empleador y de la compañía de seguros:

Vail Health	CHA Shared Services/CorVel
Diane Schmidt, enfermera de la Oficina de Salud de Empleados	Kathy Gochnour
180 S. Frontage Rd W. O	P.O. Box 3937
P.O. Box 40,000, Vail CO 81658	Greenwood Village, CO 80155
Vail, Colorado 81657	Teléfono: (720)-250-0700 o
Teléfono: (970)-479-5085	1-800-929-6090

- ↪ Se debe coordinar una consulta de seguimiento obligatoria por intermedio de la Clínica de Salud Ocupacional Avon **dentro de los 7 días**. El empleado lesionado es responsable de llamar para coordinar la cita.
- ↪ En el caso de lesiones relacionadas con el trabajo que se hayan desarrollado con el transcurso del tiempo (no agudas), se deberá coordinar una cita inicial con un proveedor en la Clínica de Salud Ocupacional Avon.
- ↪ El director médico o una enfermera de salud ocupacional ordenará la fisioterapia y las consultas con el quiropráctico o especialista, y el seguro de indemnización por accidentes laborales de Vail Health deberá otorgar su aprobación.
- ↪ El director médico o una enfermera de salud ocupacional ordenará todos los análisis médicos (por ejemplo, resonancia magnética), y la compañía de seguro de indemnización por accidentes laborales de Vail Health deberá otorgar su aprobación.
- ↪ Consultar con un médico en un pasillo o atenderse con su proveedor médico privado para obtener un diagnóstico inicial y tratamiento no son las formas apropiadas ni aprobadas de tratarse por una enfermedad relacionada con el trabajo.

Restricciones laborales:

- ↪ Se harán todos los esfuerzos posibles para tener en cuenta cualquier restricción laboral que tenga el trabajador.
- ↪ Se le podrán asignar tareas temporales de transición que no sean las propias de su empleo habitual.

Ausencias del trabajo:

- ↪ En la medida de lo posible, las citas, incluso la fisioterapia, se deberán coordinar fuera del horario de trabajo.
- ↪ Si se le asignan tareas modificadas de cualquier tipo, no podrá optar por tomarse licencia con goce de sueldo.
- ↪ Si debe reintegrarse a trabajar y la clínica de salud ocupacional no está abierta, solamente un proveedor de atención médica designado por el seguro de indemnización por accidentes laborales podrá determinar si usted está apto o no para trabajar. El proveedor determinará si la lesión lo obliga a ausentarse del trabajo. En tal caso, su sueldo se calculará según las normas de indemnización por accidentes de trabajo del estado de Colorado. Dichos ingresos no están sujetos a impuestos.

Citas:

- ↪ Las citas son una parte necesaria del proceso de recuperación. Si falta a las citas, incluso a la fisioterapia, podrá cancelarse su reclamación de indemnización.

Si tiene preguntas, comuníquese con Diane Schmidt, enfermera de la Oficina de Salud de Empleados, al (970) 479-5085, o con la Clínica de Salud Ocupacional Avon al (970) 569-7715.

Recursos adicionales:

Colorado Hospital Association Workers' Compensation Support Services, 7335 East Orchard Road, Suite 200 Greenwood Village, CO 80111. Teléfono: 720-250-0707. Persona de contacto: Kathy Gochmour, CHA Shared Services/CORVEL.

Sitio web de la División de Indemnizaciones por Accidentes de Trabajo del estado de Colorado: www.coworkforce.com.

- + Pautas de los análisis de detección de drogas para los empleados de Vail Health
- + Vail Health prohíbe el consumo de drogas en el lugar de trabajo.
- + Vail Health implementó una política de análisis de detección de drogas y alcohol que se puede consultar en PolicyStat.
- + Los empleados que estén involucrados en un accidente laboral que requiera tratamiento médico o en un incidente que provoque lesiones físicas a otra persona o daños en equipos o bienes serán sometidos, en la medida de lo posible, a un análisis de detección de drogas y alcohol al momento de ocurrir la lesión.

Lugares de recolección de muestras para los análisis

Días

Horarios

- | | | |
|---|------------------|------------------------|
| ▪ Departamento de Salud de Empleados | L-V | 8:00 a. m.-3:30 p. m. |
| ▪ Clínica de Salud Ocupacional Avon | L-V | 8:00 a. m.-3:30 p. m. |
| ▪ Clínica de Atención de Urgencia Avon | 11 horas por día | 8:00 a. m.-7:00 p. m. |
| ▪ Clínica de Atención de Urgencia y Emergencia Gypsum | 8 horas por día | 11:00 a. m.-7:00 p. m. |
| ▪ Sala de Emergencias Vail Health | 24 horas al día | |
| ▪ Laboratorio de Vail Health | 24 horas al día | |

Procedimiento

- + El empleado debe presentar una identificación.
- + Se llenará el formulario de la cadena de custodia.
- + Se usará un recipiente de análisis toxicológico para recoger la muestra de orina.
- + Se realizará análisis de alcohol en saliva.
 - + Los resultados negativos quedarán documentados en el formulario de la cadena de custodia y se guardarán en el expediente del empleado.
 - + Si el análisis de orina arroja un resultado no negativo, este quedará documentado en el formulario de la cadena de custodia y la muestra se empaquetará y enviará a un laboratorio de Quest Diagnostic Lab para que se realicen pruebas adicionales.
 - + Si el análisis de detección de alcohol arroja un resultado no negativo, se procederá a confirmarlo mediante una espirometría o análisis de sangre. La muestra de sangre se enviará a un laboratorio de Quest Diagnostic Lab para que se realicen pruebas adicionales.

Verificación de los resultados

Un funcionario de evaluación médica certificado (MRO) revisará los resultados. Dicho funcionario se comunicará con el empleado e informará de los resultados finales a Vail Health.

Plazos

Examen de orina y saliva negativo (10 a 15 minutos)

Envío del examen no negativo al laboratorio (1 a 3 días hábiles)

Verificación del funcionario de evaluación médica (1 a 3 días hábiles)