



PROCEDIMIENTO DE ACCIDENTE

SI SE LASTIMA EN EL TRABAJO

USTED TIENE QUE:

- 1 Notificar a su empleador de inmediato.** Es un requisito para su empleador el llenar el formulario de Primer Reporte del Accidente o Enfermedad Industrial. Su empleador tiene siete días para llenar el formulario.
- 2 Recibir tratamiento médico.** Visitar lo antes posible al doctor designado por la compañía, cuyo nombre se halla abajo, para cada lesión que no sea amenaza de muerte. Favor de dar el número de póliza de la compañía al proveedor médico.
- 3 Mantener comunicación con su empleador.** Mantenga informado a su empleador de su condición y capacidad para trabajar.

USTED DEBE:

- 1 Revisar sus derechos y responsabilidades.** El seguro de la compensación al trabajador cubre lo siguiente para un accidente de trabajo:
 - Tratamiento médico necesario y razonable
 - Compensación por el tiempo que usted no puede trabajar
 - Medicina
 - Reembolso de millas para las consultas médicas
- 2 Llame a la línea en español si tiene preguntas:**
385.351.8511

NÚMERO DE PÓLIZA DE LA COMPAÑÍA: _____

DOCTOR DE LA COMPAÑÍA: _____

HOSPITAL DE LA COMPAÑÍA: _____