

# SUPERVISOR'S REPORT OF INJURY OR ILLNESS

**Instructions:** Supervisors shall use this form to report all reported work-related injuries, illnesses, or first aid events (which could have caused an injury or illness) – no matter how minor. This helps to identify and correct hazards before they cause serious injuries. This form shall be completed by Supervisors upon notice by the employee of a reported on the job injury, illness or "incident".

**ALL ITEMS: MUST BE ANSWERED FULLY**

**WARNING: "WORKER'S COMPENSATION INSURANCE FRAUD IS A CRIME PUNISHABLE BY LAW"**

EMPLOYEE INFORMATION	Type of work related incident reported: <input type="checkbox"/> Injury <input type="checkbox"/> Illness <input type="checkbox"/> First Aid									
	State:		Location:			Department:			Telephone:	
	Employee Name:			Date of Birth:		Employee Number:				
	City:		Address:			State:			Zip:	
	Social Security:		Married: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female			Age:		
	Job Title:					Length of Service with Company (Years):				
	Hourly Wage Rate:					Job Being Performed at Time of Injury:				
	Date of incident:			Time of incident:		Other Employees involved in incident: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
	<b>Release of Medical Information</b>									
	<p>I certify that the above information is true to the best of my knowledge and I authorize the release to my employer and to LWP Claims Solutions, Inc., all records relevant to my disability and my claim for disability or workers' compensation benefits, including but not limited to medical diagnosis, prognosis, treatment, and periods of hospitalization. It is understood that the Company will use the information to verify my disability and determine my eligibility of appropriate benefits. This authorization applies to physicians and other health care providers, hospitals and clinics, insurance companies and workers' compensation carriers, and organizations administering benefit programs. This authorization will remain in effect throughout my claim for workers' compensation benefits. A photocopy of this authorization will be as valid as the original.</p>									
Employee Signature: _____					Date: _____					
SUPERVISOR	<b>INCIDENT DETAILS</b>									
	Date of Incident:			Time of Incident: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			Date Reported:			
	Shift: <input type="checkbox"/> Graveyard <input type="checkbox"/> Days <input type="checkbox"/> Afternoon <input type="checkbox"/> Other:				Was Employee on Overtime: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
	Incident Location (specific area):				Time Shift Commenced on employer premises? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
	Witness (es) to Incident:									
	Did Employee lost time due to the injury? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				First Aid Given? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
	Date worker left work:			Time Worker left work:			Date worker returned to work:			
	Completed if Applicable (if Medical Attention is sought, complete State Form)									
	Name of Medical Facility:				Doctor Name:					
	Follow up appointment scheduled? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				If Yes then Date and Time of next follow up:					
	Was time off authorized by the physician? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				If Yes then how many days?					
	Treatment given:		<input type="checkbox"/> None		<input type="checkbox"/> Cast		<input type="checkbox"/> Irrigation		<input type="checkbox"/> Sutures	
			<input type="checkbox"/> Brace		<input type="checkbox"/> Ace Bandage		<input type="checkbox"/> Prescription		<input type="checkbox"/> Removal of Foreign Object	
			<input type="checkbox"/> Tetanus Shot		<input type="checkbox"/> Other:					
	<b>PART OF BODY INJURED – MARK ALL THAT APPLY</b>									
<input type="checkbox"/> Head	<input type="checkbox"/> Eye	<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> Hip	<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> Foot	<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Right	
<input type="checkbox"/> Face	<input type="checkbox"/> Elbow	<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> Thigh	<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> Ribs	<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Right	
<input type="checkbox"/> Nose	<input type="checkbox"/> Forearm	<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> Knee	<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> Toe	<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Right	
<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Hand	<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> Leg	<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Trunk		
<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Shoulder	<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> Ankle	<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> Other:			
<input type="checkbox"/> Chest	<input type="checkbox"/> Finger (Identify):			<input type="checkbox"/> Back	<input type="checkbox"/> Upper	<input type="checkbox"/> Lower				

**SUPERVISOR**

**NATURE OF INJURY – MARK ALL THAT APPLY**

<input type="checkbox"/> Abrasion	<input type="checkbox"/> Fracture	<input type="checkbox"/> Foreign Object	<input type="checkbox"/> No Physical Injury
<input type="checkbox"/> Laceration	<input type="checkbox"/> Dislocation	<input type="checkbox"/> Inflammation	<input type="checkbox"/> Concussion
<input type="checkbox"/> Puncture	<input type="checkbox"/> Dermatitis	<input type="checkbox"/> Inhalation	<input type="checkbox"/> Electric Shock
<input type="checkbox"/> Amputation	<input type="checkbox"/> Poisoning: <input type="checkbox"/> Chemical <input type="checkbox"/> General	<input type="checkbox"/> Sprain	<input type="checkbox"/> Respiratory Disorders
<input type="checkbox"/> Crushing	<input type="checkbox"/> Burn: <input type="checkbox"/> Chemical <input type="checkbox"/> Heat	<input type="checkbox"/> Strain	<input type="checkbox"/> Mental Disorder
<input type="checkbox"/> Hernia	<input type="checkbox"/> Exposure: <input type="checkbox"/> Cold <input type="checkbox"/> Heat	<input type="checkbox"/> Fatality	<input type="checkbox"/> Cancer
<input type="checkbox"/> All Other (describe):			

**INVESTIGATION**

Date of Investigation:	Person(s) Making Investigation:		
Employee's supervisor (print name):	Supervisor's Phone:		
Who was immediately in charge at the time of injury:			
Was employee task trained? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If Yes, explain:		
Were Safety Codes/Rules Violated? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If Yes, explain:		
Equipment Involved:	Type:	Model:	Manufacturer:

**CAUSE OF INJURY – MARK ALL THAT APPLY**

<input type="checkbox"/> Chemicals	<input type="checkbox"/> Building/Structures	<input type="checkbox"/> Hand Tools – Non Power	<input type="checkbox"/> Foreign Matter (Body)
<input type="checkbox"/> Vehicles	<input type="checkbox"/> Infectious Agents	<input type="checkbox"/> Hand Tools – Power	<input type="checkbox"/> Sharp Objects
<input type="checkbox"/> Conveyers	<input type="checkbox"/> Furniture/Fixtures	<input type="checkbox"/> Flame/Fire/Smoke	<input type="checkbox"/> Flying Objects
<input type="checkbox"/> Machines	<input type="checkbox"/> Falling/Flying Objects	<input type="checkbox"/> Ladders	<input type="checkbox"/> Animal/Insect
<input type="checkbox"/> Airplane	<input type="checkbox"/> Electrical <input type="checkbox"/> High <input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Stepping On, NOC.	<input type="checkbox"/> Slip/Trip/Fall
<input type="checkbox"/> Motor, NOC	<input type="checkbox"/> Object/Substance <input type="checkbox"/> Hot <input type="checkbox"/> Cold	<input type="checkbox"/> Noise	<input type="checkbox"/> Cumulative, NOC
<input type="checkbox"/> Other – Miscellaneous, NOC:			

**CAUSE OF INCIDENT – MARK AND EXPLAIN ALL THAT APPLY**

<input type="checkbox"/> Horseplay	<input type="checkbox"/> Improper Material Handling	<input type="checkbox"/> Equipment Failure	<input type="checkbox"/> Excessive Speed
<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Wet Slippery Uneven Surface	<input type="checkbox"/> Lack of Attention	<input type="checkbox"/> Procedure Failure
<input type="checkbox"/> Poor Housekeeping	<input type="checkbox"/> Other:		

**ANALYSIS**

**Description of Incident:**

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

**STEPS TAKEN TO PREVENT SIMILAR OCCURRENCE – MARK AND EXPLAIN ALL THAT APPLY**

<input type="checkbox"/> Reinstruction of Employee Involved	<input type="checkbox"/> Formal Disciplinary Action
<input type="checkbox"/> Reminder Instruction of all Employees	<input type="checkbox"/> Installation of Guard Device
<input type="checkbox"/> Personal Protective Equipment Required	<input type="checkbox"/> Counseling of Employee

**Comments:**

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

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

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

# REPORTE DEL SUPERVISOR SOBRE LA LESIÓN O ENFERMEDAD

**Instrucciones:** El supervisor utilizará este formulario para informar todos los reportes de lesiones de trabajo, o sucesos de primeros auxilios (que pudieron haber causado una lesión o enfermedad) no importando cuán leves sean. Esto ayuda a identificar y corregir riesgos antes que estos causen lesiones graves. Este formulario será completado por los supervisores al ser notificados por los empleados acerca de una lesión de trabajo, enfermedad, o "incidente".

## TODA LA INFORMACIÓN DEBE CONTESTARSE COMPLETAMENTE

**ADVERTENCIA: "EL FRAUDE DE SEGURO DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES ES UN DELITO CASTIGADO POR LA LEY"**

<b>INFORMACIÓN DE EMPLEADO</b>	Tipo de trabajo relacionado con el incidente reportado: <input type="checkbox"/> Lesión <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Primeros auxilios			
	Ubicación:	Estado:	Departamento: <span style="float: right;">Teléfono:</span>	
	Nombre de empleado:		Fecha de nacimiento:	
	Número de empleado:			
	Dirección:	Ciudad:	Estado: <span style="float: right;">Zip:</span>	
	Seguro social:	Casado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <span style="float: right;">Edad:</span>	
	Puesto de trabajo:		Tiempo de trabajo en la empresa (años):	
	Salario por hora:		Trabajo que estaba haciendo cuando se lastimó:	
	Fecha de accidente:	Hora de accidente:	Otro involucrado en accidente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<b>Divulgación de información médica</b>			
<p>Certifico que la información arriba es correcta por lo que me consta y autorizo la divulgación a mi empleador y a LWP Claims Solutions, Inc., de todos los registros relevantes a mi discapacidad y a mi reclamo de beneficios por incapacidad o compensación de trabajadores, que incluyen, pero no se limitan a, el diagnóstico médico, pronóstico, tratamiento y periodos de hospitalización. Se entiende que la Compañía utilizará la información para verificar mi discapacidad y determinar mi elegibilidad para los beneficios apropiados. Esta autorización se aplica a los médicos y otros proveedores de atención médica, hospitales y clínicas, compañías de seguros, aseguradoras de compensación de trabajadores, y organizaciones que administran programas de beneficios. Esta autorización se mantendrá abierta durante mi reclamo de beneficios de compensación de trabajadores. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como la original.</p>				
Firma de empleado: _____		Fecha: _____		
<b>SUPERVISOR</b>	<b>DETALLES DEL INCIDENTE</b>			
	Fecha del incidente:	Hora del incidente: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	Fecha reportada:	
	Turno: <input type="checkbox"/> Cementerio <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Otro:	¿Estaba en tiempo extra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Ubicación del incidente (área específica):	¿Comenzó el cambio de turno en propiedad del patrón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Testigos del incidente:			
	¿Perdió tiempo el empleado debido a la lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Se le dio Primeros Auxilios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Fecha en que el trabajador dejó el trabajo:	Hora en que el trabajador se retiró:	Date worker returned to work:	
	Completar si aplica (si se busca atención médica, completar Formulario de Estado)			
	Nombre de hospital:	Nombre de médico:		
	¿Autorizó el médico una incapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, fecha y hora del seguimiento:		
	¿Autorizó el médico una incapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿cuántos días?		
	Tratamiento dado:	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Yeso	<input type="checkbox"/> Irrigación <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Suturas</span>
		<input type="checkbox"/> Ortesis	<input type="checkbox"/> Venda Ace	<input type="checkbox"/> Receta <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Extracción de objeto extraño</span>
		<input type="checkbox"/> Antitetánica	<input type="checkbox"/> Otro:	
	<b>TIPO DE LESIÓN – MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN</b>			
<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Ojo	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha	
<input type="checkbox"/> Cadera	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Pies	
<input type="checkbox"/> Cara	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha	
<input type="checkbox"/> Costillas	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda	
<input type="checkbox"/> Nariz	<input type="checkbox"/> Antebrazo	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha	
<input type="checkbox"/> Rodilla	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Dedo	
<input type="checkbox"/> Dedo	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda	
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha	
<input type="checkbox"/> Pierna	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Abdomen	
<input type="checkbox"/> Torso	<input type="checkbox"/> Piel	<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Izquierda	
<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Tobillo	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Derecha	
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Piel	<input type="checkbox"/> Dedo (cuál):	<input type="checkbox"/> Espalda	
<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Baja			

SUPERVISOR	<b>TIPO DE LESIÓN – MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN</b>					
	<input type="checkbox"/> Abrasión	<input type="checkbox"/> Fractura	<input type="checkbox"/> Objeto extraño	<input type="checkbox"/> Sin lesión física		
	<input type="checkbox"/> Laceración	<input type="checkbox"/> Dislocación	<input type="checkbox"/> Inflamación	<input type="checkbox"/> Conmoción		
	<input type="checkbox"/> Punción	<input type="checkbox"/> Dermatitis	<input type="checkbox"/> Inhalación	<input type="checkbox"/> Choque eléctrico		
	<input type="checkbox"/> Amputación	<input type="checkbox"/> Envenenamiento:	<input type="checkbox"/> Químico	<input type="checkbox"/> General	<input type="checkbox"/> Esguince	<input type="checkbox"/> Trastornos respiratorios
	<input type="checkbox"/> Aplastamiento	<input type="checkbox"/> Quemadura:	<input type="checkbox"/> Químico	<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Esguince	<input type="checkbox"/> Trastorno mental
	<input type="checkbox"/> Hernia	<input type="checkbox"/> Exposición:	<input type="checkbox"/> Frío	<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Muerte	<input type="checkbox"/> Cáncer
	<input type="checkbox"/> Todas ( <i>describir</i> ):					
	<b>INVESTIGACIÓN</b>					
	Fecha de investigación:			Persona a cargo de la investigación:		
	Supervisor del empleado (escribir nombre):			Teléfono del supervisor:		
	¿Quién era el jefe directo al momento de la lesión?					
	¿Estaba el empleado entrenado en dicha tarea?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, explique:	
	¿Se violaron códigos / reglas de seguridad?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, explique:	
	Equipo involucrado:		Tipo:	Modelo:	Fabricante:	
	<b>CAUSA DE LESIÓN – MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN</b>					
	<input type="checkbox"/> Químicos	<input type="checkbox"/> Edificio / Estructuras	<input type="checkbox"/> Herramientas manuales no eléctricas	<input type="checkbox"/> Materia extraña (cuerpo)		
	<input type="checkbox"/> Vehículos	<input type="checkbox"/> Agentes infecciosos	<input type="checkbox"/> Herramientas manuales eléctricas	<input type="checkbox"/> Objetos afilados		
	<input type="checkbox"/> Transportadores	<input type="checkbox"/> Muebles / Accesorios	<input type="checkbox"/> Llama / Fuego / Humo	<input type="checkbox"/> Objetos voladores		
	<input type="checkbox"/> Máquinas	<input type="checkbox"/> Objetos cayendo / volando	<input type="checkbox"/> Escaleras	<input type="checkbox"/> Animal / Insecto		
	<input type="checkbox"/> Avión	<input type="checkbox"/> Eléctrico	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Pisando, NOC	<input type="checkbox"/> Resbalón / Tropiezo / Caída
	<input type="checkbox"/> Motor, NOC	<input type="checkbox"/> Objeto / Sustancia	<input type="checkbox"/> Caliente	<input type="checkbox"/> Frío	<input type="checkbox"/> Ruido	<input type="checkbox"/> NOC acumulado
	<input type="checkbox"/> Otro – Varios, NOC:					
	<b>CAUSA DE INCIDENTE – MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN</b>					
	<input type="checkbox"/> Bromas pesadas	<input type="checkbox"/> Manejo inadecuado de materiales	<input type="checkbox"/> Falla de equipo	<input type="checkbox"/> Exceso de velocidad		
<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Superficie resbaladiza, mojada, y desigual	<input type="checkbox"/> Falta de atención	<input type="checkbox"/> Falla de proceso			
<input type="checkbox"/> Falta de limpieza	<input type="checkbox"/> Otro:					
<b>ANÁLISIS</b>						
Descripción de incidente:						
<b>PASOS PARA PREVENIR UN EVENTO PARECIDO – MARQUE Y EXPLIQUE TODAS LAS QUE APLICAN</b>						
<input type="checkbox"/> Instrucción de refuerzo para empleado involucrado			<input type="checkbox"/> Acción disciplinaria formal			
<input type="checkbox"/> Instrucciones restantes de todos los empleados			<input type="checkbox"/> Instalación de dispositivo de protección			
<input type="checkbox"/> Equipo de protección personal requerido			<input type="checkbox"/> Asesoramiento de empleado			
<b>Comentarios:</b>						

Firma de supervisor: \_\_\_\_\_

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