

Accident Investigation Packet

Employee: _____ Social Security Number: _____

Call the Injury hotline to report the injury immediately @ 888.237.1223

Did the Employee fail to report the injury to us timely? Yes No

If yes, why was the injury reported late? _____
(If reported late, within 24 hours counsel client on timely reporting injuries to Eplica)

Please scan the following to workcomp@eplicaservices.com or fax to 619.260.3900 within 48 hours of injury:

- Accident Investigation to include
 - **Accident Investigation Forms (Formas de Investigación de Accidentes)**
 - **Supervisor Statement (Declaración de Supervisor)**
 - **Witness Statement (Declaración de Testigo/s)**
 - **Employee Statement (Declaración de Empleado)**
 - **Body Chart (Esquema Corporal)**
 - **Medical Release Form (Forma de Liberación Medica)**
 - **Sample Job Description (Ejemplo de la Descripción del Trabajo)**

Complete Employment Application of injured employee W4 and I-9 Form

Notice of Occupational Injury or Disease/C-1 Form (Nevada Only)

.....
Is the client able to accommodate the work restrictions (if any)? Yes No

If no, will the branch be able to accommodate modified duty? Yes No

Please explain job assigned: _____

Has the employee accepted modified duty? Yes No

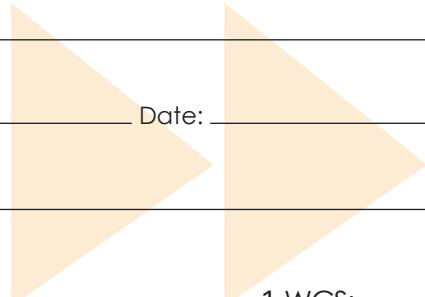
If yes, what date will/did they return to work? _____

Completed by: _____ Date: _____

Print Name: _____

Manager's Signature: _____ Date: _____

Print Name: _____



Accident Investigation Form

Employee Information

Social Security Number: _____ Birth Date: _____

Employee Name: _____ Phone: _____

Address: _____ City/State/Zip: _____

Original Date of Hire: _____ Date Assigned to Client: _____

Workers' Compensation Code: _____ Pay Rate: \$ _____

Job Title: _____ Job Description: _____

Accident, Illness, or Injury Information

Date of accident: _____ Time of Accident: _____

Date accident reported: _____ Time Reported: _____

Client Name: _____ Address: _____

Location /department of accident (Be specific): _____

Accident reported to Supervisor: Yes No

Supervisor Name: _____ Phone number: _____ attach statement

Witness Name: _____ Phone number: _____ attach statement

Witness Name: _____ Phone number: _____ attach statement

Witness Name: _____ Phone number: _____ attach statement

Employee was working: Alone With others (crew size: _____)

Employee was: Directly supervised Indirectly supervised Not supervised

■ Describe in detail the employee's actions leading up to and including the accident. Include: task being performed, work location, equipment used, weight of items lifted, usage of Personal Protective Equipment, etc.

Accident occurred while: Performing work duties During break period
 Entering/leaving work Other

Accident Investigation Form

Nature of Injury / Illness

■ Describe the nature of the injury/illness and parts of body affected (left, right, upper, lower)

Treatment Information: No Treatment Medical Treatment Fatality

Name of clinic or hospital: _____ Transported by: _____

Analysis

■ What issues may have caused or contributed to this accident / injury / illness?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Operating equipment without authority | <input type="checkbox"/> Improper loading |
| <input type="checkbox"/> Improper lifting technique | <input type="checkbox"/> Repetitive motion |
| <input type="checkbox"/> Failure to use Personal Protective Equipment or improper use | <input type="checkbox"/> High volume/speed |
| <input type="checkbox"/> Poor Housekeeping | <input type="checkbox"/> Operating at unsafe speed |
| <input type="checkbox"/> Lack of training, knowledge or skill | <input type="checkbox"/> Safety guards/devices removed or disabled |
| <input type="checkbox"/> Poor physical match between employee & task | <input type="checkbox"/> Actions of another employee |
| <input type="checkbox"/> New procedure, practice in place | <input type="checkbox"/> Allergic reaction |
| <input type="checkbox"/> Work surface differences (falls, trips) | <input type="checkbox"/> Employee diverted from known procedure |
| <input type="checkbox"/> Horse Play | |
| <input type="checkbox"/> Other, Explain: _____ | |

■ Current condition of machinery, equipment, building or premises involved: _____

Suggested Corrective Action Plan

THE PRIMARY REASON FOR CONDUCTING AN ACCIDENT INVESTIGATION IS TO PREVENT A REPEAT OF THE ACCIDENT OCCURRING.

■ What corrective actions may help to prevent future occurrences? (to be discussed with manager and client)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Task observation / job shadowing | <input type="checkbox"/> Further accident analysis |
| <input type="checkbox"/> Reevaluate match between employee and task | <input type="checkbox"/> Changes to work environment |
| <input type="checkbox"/> Issued PPE and Personal Protective Equipment training | |
| <input type="checkbox"/> Other, Explain: _____ | |

Investigation complete Yes No

If no, explain necessary follow up: _____

Investigated by: _____ Date: _____

Signature: _____ Print Name: _____

Declaración del Empleado

Datos del Empleado

Nombre: _____ Número de teléfono: _____
Domicilio: _____ Ciudad/Edo./Codigo Postal: _____
Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Accidente, Enfermedad, o Descripción de la Lesión

1. ¿Cuándo sucedió este accidente, enfermedad, o lesión? Fecha: _____ Hora: _____

2. ¿Cómo sucedió el accidente? (De detalles): _____

3. Describa lo que usted estaba haciendo en el momento del accidente: _____

¿Esto formaba parte de sus responsabilidades normales de trabajo? _____

4. ¿Quién presencié el accidente? (Indique todo testigo, toda persona a quien se lo mencionó, y toda persona que trabajaba cerca de usted): _____

5. ¿Usaba usted Equipos de Protección Personal (PPE, por sus siglas en ingles) en el momento del accidente? Describa: _____

¿Se le ha capacitado sobre el PPE? Sí No

6. ¿Cree usted que hay algo que podría haber prevenido el accidente? (Si contestó que sí, por favor describa): _____

7. ¿Qué parte de su cuerpo se lesionó? IZQUIERDA DERECHA SUPERIOR INFERIOR El parte del cuerpo? _____

8. ¿Ha sufrido anteriormente alguna otra lesión? (i.e. accidente automovilístico, lesión en el trabajo, daño corporal) Por favor explique: _____

9. ¿Practica deportes? Sí No

10. ¿Tiene algún otro empleo? Sí No

Marque aquí si usted opta por no pedir tratamiento medico. Firma: _____

Mi firma indica que la información que he facilitado en esta declaración es veraz y exacta. Entiendo además que a efectos de identificación se tomará mi foto como parte de la investigación del accidente.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre con letra de molde: _____ Fecha: _____

Marque aquí si usted "aceptara" trabajo modificado Marque aquí si usted no "aceptara" trabajo modificado

Entiendo que you pueda tener restricciones en el trabajo debido a la lesión reportada. Entiendo que si rehúso el trabajo modificado, no tender derecho a prestaciones por Incapacidad Total y Temporal (TTD por sus siglas en ingles) y no podré volver a trabajar hasta que el doctor de cabecera me haya dado de alta para volver a mi trabajo de siempre.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre con letra de molde: _____ Fecha: _____

Marque las areas afectadas en el dibujo. Especificque que tipo de dolor o sensación utilizando los simbolos indicados. Por favor marque con una flecha en el área mas dolorosa.

Symbols (La Guía)

Pain (Dolor)

Aching (Adolorido)

#####

Numbness (Adormecido)

^^^^^^

Pins & Needles (Hormigueo)

.....

Burning (Caliente)

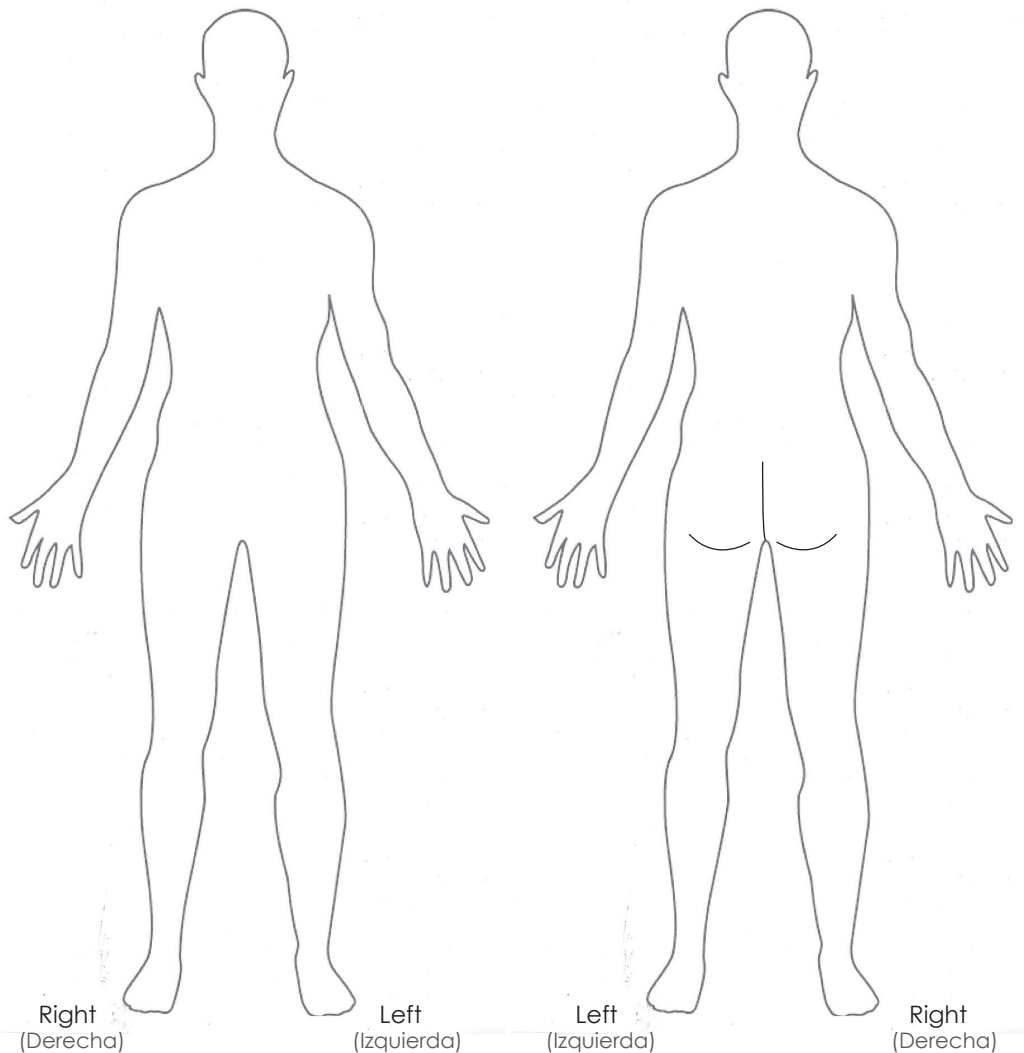
oooooo

Stabbing (Piquetes)

////////

Front

Back



Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Bosquejo del Incidente

Bosquejo del Incidente

Haga un bosquejo de la ubicacion del empleado lesionado, de los testigos, del supervisor, y de toda maquinaria y equipos. Identifique las personas con nombres e incluya las distancias.

Adjunte una fotografia si se dispone de una.



Firma del Trabajador Lesionado: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

La Autorización para Renunciar Información Médica

Marque abajo la ubicación adecuada en donde la lastimadura ocurrió

- California**
Esta autorización para divulgar información medica se solicita de usted conforme con los términos del confidencialidad del Acto de Información Medico de 1981, la seccion 56, et seq, de la California Codigo Civil, y del Acto de Contabilidad hacia la Portabilidad de Seguro de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en ingles).

- No California**
Esta autorización para divulgar información medica se solicita de usted conforme con los términos del confidencialidad del Acto de Información Medico de 1981, y del Acto de Contabilidad hacia la Portabilidad de Seguro de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en ingles).

Yo por la presente autorizo a mi proveedor medico a ceder toda información medica (inclusive la historia medica apropiada, la condición física, los servicios rendidos y el tratamiento) con respecto a mi herida (heridas) en el lugar de trabajo a Eplica, Inc. para propósito de procesamiento de mi reclamo de la compensación de trabajadores.

.....
Esta autorización será vigente inmediatamente y se quedara vigente por la duración de mi reclamo.
.....

Firma de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de paciente con letra de molde: _____ Fecha de hoy: _____

Firma de Testigo: _____

Nombre de Testigo en letra de molde: _____ Fecha de hoy: _____



Declaración del Supervisor

INFORMACIÓN SOBRE EL SUPERVISOR

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Compañía: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO TEMPORAL

Nombre: _____ Denominación del puesto: _____

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE, DE LA ENFERMEDAD O DE LA LESIÓN

1 . ¿Cuándo sucedió este accidente, enfermedad o lesión? _____

2 . ¿Cómo le notificaron sobre este accidente? _____

3 . ¿Cómo sucedió este accidente? Describa lo que usted vio o la información que recibió de terceros. _____

4 . ¿Qué hacía el empleado en el momento del accidente o de la lesión? _____

5 . ¿Quién presenció el accidente? _____

6 . ¿El empleado que se lesionó tenía puesto Equipo de Protección Personal (PPE, por sus siglas en inglés) en el momento del accidente? Describa: _____

7 . ¿El empleado estaba capacitado en cuanto al PPE? Sí No

8 . ¿Cree usted que hay algo que hubiera prevenido el accidente o la lesión? Sí No

9 . Si el empleado se lesionó operando maquinaria o un vehículo (un montacarga de horquillas o una carretilla elevadora), lo habían capacitado en el uso adecuado de la máquina o del vehículo? Sí No

10 . ¿Pone usted en duda el mecanismo de esta lesión? Sí No
Si contestó que sí, por favor explique: _____

11 . ¿Sabe usted si el empleado practica deportes, tiene algún otro empleo, o tiene algún problema de personal o de desempeño? Por favor explique: _____

12 . ¿Hay algo más que debemos saber sobre esta persona? _____

Nombre con letra molde: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Declaración del Testigo

Marque aquí si no existe ningún testigo

Firma del Supervisor: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO TEMPORAL

Nombre: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL TESTIGO

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Domicilio: _____

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE, DE LA ENFERMEDAD O DE LA LESIÓN

1. ¿Cuándo sucedió este accidente, enfermedad o lesión? _____

2. ¿Cómo sucedió el accidente? Describa lo que usted vio o lo que le dijeron. _____

3. ¿Qué hacía el empleado en el momento del accidente o de la lesión? _____

4. ¿Hubo alguna otra persona que presencié el accidente? De ser así, por favor indique los nombres: _____

5. ¿El empleado que se lesionó tenía puesto Equipo de Protección Personal (PPE, por sus siglas en inglés) en el momento del accidente?
Describa: _____

6. ¿Cree usted que hay algo que hubiera prevenido el accidente o la lesión? _____

7. ¿Hay algo más que debemos saber sobre esta persona? _____

Nombre con letra de molde: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Consentimiento y Liberación

Para Un Examen Antidrogas

Razón del Examen Antidrogas: Incidente Posterior

Por medio del presente doy mi consentimiento para que se me realice una prueba antidrogas por un laboratorio con licencia escogido en nombre de los siguientes: TEG Staffing, Inc., Eastridge Personnel of Las Vegas, Inc., TEGP, Inc. dba Employer Services; Secure Talent,; Eplica Inc.; sus afiliados y subsidiarios (colectivamente la "Compañía").

Autorizo a dicho laboratorio a dar los resultados del examen a la Compañía y/o _____ (Cliente) con el propósito de determinar si soy una persona apta para realizar una asignación de empleo con el Cliente o para obtener contrato de empleo con la Compañía. Tengo el entendimiento que mi decisión de tomar el examen es completamente voluntaria, y que si decido no tomar el examen, seguiría siendo considerado para otras asignaciones de empleo a través de la Compañía. Entiendo además, que si el examen resulta positivo no seré considerado como candidato elegible para un empleo con la Compañía a no ser y hasta que pueda establecer que no estoy usando drogas ilícitas, en acuerdo con el Acto de Americanos Con Discapacidades. Tengo el entendimiento que si pongo en disputa el resultado del examen realizado por la Compañía, yo puedo obtener mi propio examen antidrogas (a cuenta mía), con un laboratorio con licencia dentro de las próximas 24hrs. que me administre el examen por medio de la Compañía. (La Compañía no aceptará ningún resultado de examen antidroga tomado a más de 24hrs. o menos de 30 días después de que le administremos el examen original). Este consentimiento y autorización se mantendrá vigente por un período de un (1) año de la fecha firmada abajo.

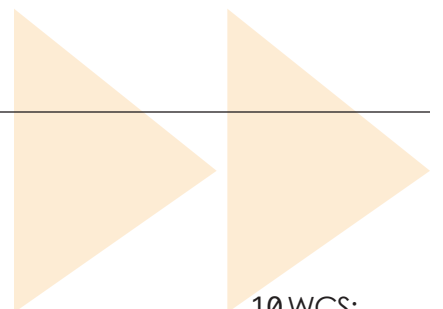
Nombre en letra de molde: _____ Últimos cuatro dígitos de su Seguro Social: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Exención de Responsabilidad

Por medio de la presente libero de toda responsabilidad a la Compañía, su cliente, sus oficinas, directores, agentes, y empleados, de lo que pudiera resultar del proceso del examen antidroga, incluyendo la divulgación del resultado o de acciones adversas en cuanto al empleo que busco debido a los resultados de dicho examen. Entiendo que la Compañía no es responsable de la precisión del resultado del examen antidroga.

Firma: _____ Fecha: _____



Para personal que desempeña puestos modificados en la sucursal

Resumen del puesto/Responsabilidades principales:

A todo empleado que se lesione en el trabajo y que haya sido dado de alta por su proveedor médico bajo restricciones en el trabajo, se le ofrecerá trabajo modificado en la sucursal o en la instalación del cliente cuando sea posible. Es la responsabilidad del patrón y del empleado de acatar las restricciones señaladas por el médico. El puesto modificado debe tratarse como cualquier trabajo normal.

El patrón puede ofrecer al empleado un puesto modificado de diversas maneras. Si un empleado está desempeñando un puesto modificado en la sucursal, la responsabilidad principal del empleado es ayudar en la oficina con responsabilidades administrativas ligeras que cumplan con las restricciones de trabajo señaladas por el médico. Se puede asignar las siguientes responsabilidades de trabajo en la sucursal, dependiendo de las restricciones del empleado lesionado:

- Archivar
- Poner en orden alfabético las solicitudes, los tableros de pago, etc.
- Subrayar los puntos importantes en las solicitudes en blanco
- Sacar copias de las solicitudes
- Sacar copias de nuestros paquetes de las inspecciones de seguridad
- Sacar copias de los paquetes de prestaciones
- Engrapado los 8850's
- Hacer llamadas de QC
- Hacer paquetes de orientación para el personal local
- Egrapado información sobre la indemnización laboral junta a las Políticas y procedimientos (Policies and Procedures en inglés)
- Anotar la dirección y el número de fax de la compañía en los formularios en blanco I-9 o en las tarjetas de horas de trabajo
- Trabajar en el proyecto estatus Z (Z status, en inglés)
- Hacer pruebas del monitor en el vestíbulo
- Buscar las páginas de ciberespacio de los clientes
- Revisar los folletos
- Limpiar las persianas
- Limpiar los teclados
- Limpiar la cocina
- Limpiar las sillas en el vestíbulo
- Otras responsabilidades asignadas que cumplan con las restricciones

Salvo que se haga durante los descansos programados, por favor observe que en ningún momento durante su turno es aceptable leer revistas, usar el Internet o la computadora, leer libros personales, o usar el teléfono de la compañía por uso personal - al menos que su coordinador de trabajos le haya autorizado dichas actividades. El no adherir a estas reglas podría resultar en acción disciplinaria o incluso, podría ser despedido.

Política sobre ausencias:

Como consta en Las políticas y los procedimientos (Policy and Procedures en inglés) que se le entregó al contratarle, cuando está trabajando debe llegar al trabajo (incluso a los trabajos modificados) a tiempo y listo para trabajar. Si va a ausentarse o llegar tarde, debe llamar a su coordinador de trabajos o a cualquier operador o sistema contestador automático disponible por lo menos una hora antes del inicio de su turno. Mientras se encuentre en el trabajo, debe estar en su lugar indicado de trabajo realizando la tarea que se le presentó por su coordinador de trabajos, al menos que usted se encuentre en un descanso autorizado por su coordinador de trabajos. Toda ausencia que se deba a condiciones de salud debe ser sustentada por constancia de su médico. Si no tiene tal constancia, entonces el tiempo que faltó se considerará una ausencia no autorizada. En la mayor medida posible, se debe concertar visitas médicas para las horas fuera del trabajo. Si usted no está capaz de trabajar, su médico debe indicar en la constancia los días en que no podrá trabajar. Para citas médicas relacionadas con la lesión que sufrió en el trabajo, usted debe entregar una copia de la constancia médica que le regrese al trabajo indicando todo cambio que su médico haya efectuado a las restricciones de su trabajo modificado. Toda ausencia que no sea de índole médica debe ser autorizada por su coordinador de trabajos o por el director de la sucursal. Toda ausencia no autorizada que se incurra mientras está desempeñando un puesto modificado consta de causal de acción disciplinaria o incluso podría ser despedido.

Descripción de Trabajo

Política de descansos:

Las leyes estatales obligan que se le otorgue a todo empleado un descanso de 10 minutos cada 4 horas de trabajo y un descanso de no menos de 30 minutos después de cada 5 horas de trabajo. Si las restricciones que tiene requieren una desviación de estas reglas sobre comidas y descansos, por favor infórmele a su coordinador de trabajos. Mientras está descansando, no se le permite retirarse del establecimiento. Solo se puede retirar del establecimiento para las comidas. Se considera que los descansos constituyen tiempo laboral y serán pagados. No se le pagarán la media hora que le dan para la comida. Retirarse del establecimiento durante los descansos será causal de acción disciplinaria o incluso podría ser despedido.

Política sobre el uso de teléfonos celulares:

Se prohíbe el uso de los teléfonos celulares mientras está en el trabajo al menos que esté en un descanso o en una comida autorizado. Se puede dirigir toda llamada relacionada con su reclamación al director de la sucursal. Se permite el uso del teléfono celular en casos de emergencia; en el evento de una emergencia, por favor informe a su coordinador de trabajos.

Asuntos adicionales:

Todo empleado en un puesto modificado debe abstenerse de levantar artículos que pesen más de 5 libras, o como se indique en sus restricciones de trabajo en particular. Si necesita ayuda en reunir materiales, por favor pídasela a cualquier coordinador de trabajos a quien le será grato ayudarle. Por favor lea Las políticas y procedimientos de Eastridge (Eastridge Policies & Procedures en inglés) para informarse de las otras normas.

Yo _____, he leído y entiendo la descripción del trabajo modificado a continuación.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Coordinador de trabajos/Director de la sucursal: _____ Fecha: _____

Eplica/Depto. de indemnización laboral: _____ Fecha: _____

