

Incident Only Reporting 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
 - Employee Statement
 - Body Chart

.....

Completed by: _____ Date: _____

Print Name: _____

Manager's Signature: _____ Date: _____

Print Name: _____



Incident Only Reporting 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: _____

■ 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.

Date of accident: _____ Time of accident: _____ Date reported: _____ Time reported: _____
 Client name: _____ Client address: _____
 Accident occurred while: Performing work duties During break period Entering/leaving work Other

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 presenció 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

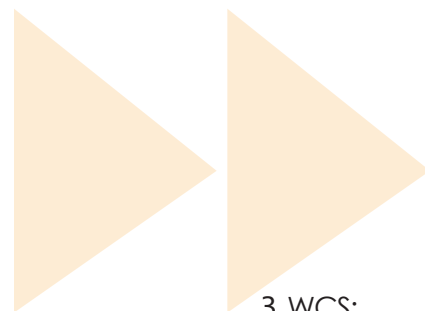
10. ¿Tiene algún otro empleo? Sí No

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 las areas afectadas en el dibujo. Especifique 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)

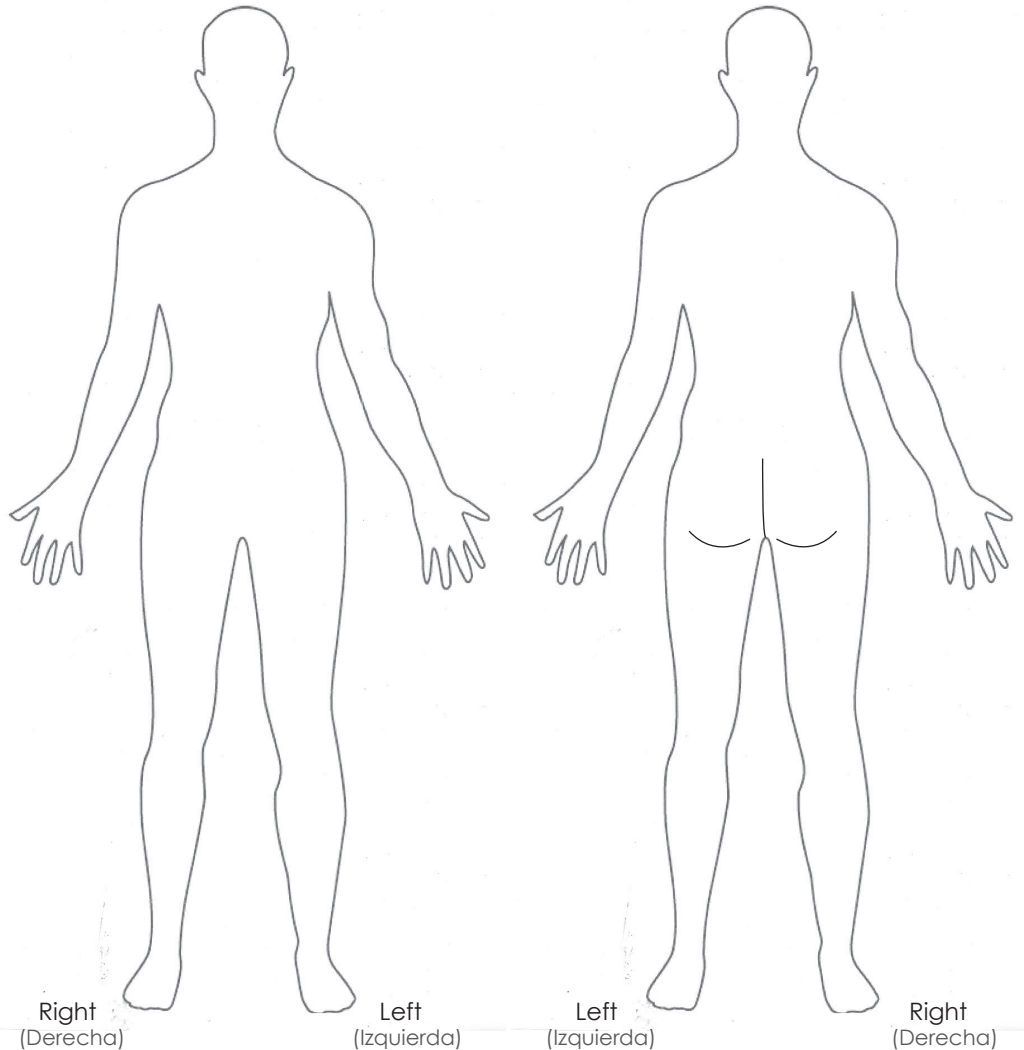
oooooo

Stabbing (Piquetes)

////////

Front

Back



Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

