



Phone (225)930-0685
Fax (225)930-0688
1976 Wooddale Blvd
Baton Rouge, LA 70806

Phone (225) 647-6800
Fax (225) 644-2736
1731 N. Airline Hwy.
Gonzales, La. 70737

Phone (228)868-5100
Fax (228)868-5900
2315 Pass Rd
Gulfport MS 39501

Phone (337) 235 7707
Fax (337) 237 5808
300 East 2nd Street
Lafayette, La. 70501

Phone (504)883-7952
Fax (504)883-7950
3201 Danny Park Ste. 204
Metairie, LA 70002

SPANISH INJURY/CLAIM PACKET

UPON COMPLETION, PLEASE SEND TO:

Jamie LeBlanc
Safety & Claims Manager
Office: (225)930-0685
Fax: (225)930-0688
jleblanc@savardgroup.net

ACCIDENT INVESTIGATION

(To be completed by employer)

All accidents must be investigated to identify the root cause of the injury. The purpose of this investigation is to gather relevant facts about the incident, document all statements, and prevent future accidents by correcting the unsafe acts or conditions.

Your Name: _____ Title: _____

Address: _____ Phone: _____

Company: _____

Injured Worker: _____ Occupation: _____

Date/Time of Injury: _____ Location of Accident: _____

How long has the injured worker been at this jobsite?: _____

Did the employee return to work? (Yes/No) _____ Date Returned: _____

Describe Event:

What task was employee performing at the time of accident?:

Nature of Injury: _____ Body Part(s) Injured: _____

Medical Care Provided: _____ Provider: _____

What is the root cause of this accident/injury? _____

Corrective Action?: _____

Was the employee doing what he was supposed to be doing at the time of loss? (Yes/No) _____

If no, please explain: _____

Did employee utilize all safety equipment and follow all safety procedures at the time of loss?
(Yes/No) _____ If no, please explain: _____

Did another employee, someone, or something else contribute to the accident because of
improper procedure, failure to follow protocol, or equipment use/failure?:

(Yes/No) _____ If yes, please explain: _____

List Names, addresses, and phone numbers of all witnesses:

Signature: _____ Date: _____

WITNESS INCIDENT REPORT

(To be completed by witness)

Witness Name: _____ Company: _____

Witness Phone: _____

Witness Address: _____

Who was injured?: _____

Date/Time of Incident: _____

What is your relationship to the injured worker?: _____

Did you actually see the incident happen? (Yes/No) _____

What did you see or hear?

Describe how incident occurred: (including all relevant past events)

How could the accident have been prevented?

Describe the nature of the injuries sustained by injured worker:

Did the injured worker use all safety equipment and follow safety procedures:

(Yes/ No) _____ If no, please explain:

Did another employee, someone, or something else cause or contribute to the accident?:

(Yes/No) _____ If yes, please explain:

Witness Signature: _____ Date: _____

Do not include information you did not see or hear yourself

INFORME TESTIGO DEL INCIDENTE

(Debe ser completado por testigo)

Nombre del testigo: _____ Empresa: _____

Testigo teléfono: _____

Testigo de dirección: _____

¿Quién fue herido?: _____

Fecha y hora del incidente: _____

¿Cuál es su relación con el trabajador lesionado?: _____

¿Viste el incidente ocurra? (Sí/No) _____

¿Lo que ver o escuchar?

Describir cómo ocurrió el incidente: (incluyendo todos los eventos pasados)

¿Cómo pudo haberse prevenido el accidente?

Describir la naturaleza de las heridas sufridas por el trabajador lesionado:

El trabajador lesionado usar todo el equipo de seguridad y siga los procedimientos de seguridad:

(Si/No) _____ en caso no, por favor explique:

¿Otro empleado, alguien o algo más causar o contribuir al accidente?: (Sí/No) ____ en caso

afirmativo, por favor explique:

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

** No incluye información que no vio ni oído **

INFORME EMPLEADO DE LESIONES

(Debe ser completado por el trabajador lesionado)

Nombre del empleado: _____ Lesión fecha: _____

Ocupación: _____ Lesión tiempo: ____ AM/PM

Dirección: _____ Teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguridad Social #: _____

Fecha de alquiler: _____ Tarifa por hora: _____ Horas semanales: _____

Trabajo/Ubicación del sitio de la lesión: _____

Nombre del supervisor: _____ Empresa: _____

¿Tuviste un segundo empleo en el momento de su lesión? (Sí/No) ____ en caso afirmativo, por favor explique:

¿Se lesionó como consecuencia de su relación laboral con Savard. (Sí/No) _____

Por favor incluya parte del cuerpo afectada(s) y explique la naturaleza de la lesión:

¿Previamente herir a cualquiera de estas partes del cuerpo? (Sí/No) ____ en caso afirmativo, indicar qué parte del cuerpo fue herido, la diagnosis, y cuando descargado de cuidado para cada condición:

Explique en detalle lo que causó la lesión actual:

Fecha primer notado: _____ Hora del día: _____ AM/PM

¿Qué estabas haciendo en el momento de la lesión?:

¿Cómo te sentiste entonces?: _____

¿Cómo te sientes ahora?: _____

¿Hizo falta una herramienta o dispositivo causa esta lesión? (Si/No) ____ en caso afirmativo, por favor explique:

Savard Labor & Marine Staffing, Inc.

¿Reportó la lesión cuando sucedió? (Si/No) _____ si no, por qué:

¿A quien reportaste la lesión?: _____ cuando?: _____

¿Quién fue testigo del accidente?: _____

Lista de todos los nombres de los médicos/servicios e información que han tratado de esta lesión:

Cualquier médico te restringido de trabajar en cualquier capacidad como consecuencia de esta lesión. (Si/No) _____ en caso afirmativo, por favor explique:

Por favor indique cualquier problema de salud subyacente tiene que puede complicar su recuperación: (ejemplo: Diabetes)

¿Alguna vez ha presentado para beneficios de compensación antes? ¿(Sí/No) ____ en caso afirmativo, enumere el estado que presentó para obtener beneficios, el empleador que trabajaba para el tiempo, y cuál fue la lesión sufrida?

Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio es culpable de un delito y puede ser sujeta a multas de restitución o confinamiento en prisión, o cualquier combinación de éstos. También, por favor avise a su médico que debe enfrentar lo que eres capaz de realizar, o lo que la restricción es necesaria, si los hubiere, en cada cita. Reportar con prontitud cualquier restricciones impuestas a usted a Savard así podemos intentar acomodar las restricciones.

Certifica ha leído la información en esta hoja y completamente, han respondido a las preguntas con la verdad y a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del empleado

Fecha

Supervisor

**AVISO
A LOS TRABAJADORES HERIDOS**

USTED TIENE EL DERECHO DE ELEGIR SU PROPIO MEDICO!

CUANDO USTED ES HERIDO EN EL TRABAJO O SE ENFERMA DEBIDO A ALGO QUE SUCEDIO EN EL TRABAJO, LA LEY LE DA A USTED EL DERECHO DE ELEGIR SU PROPIO MEDICO EN CUALQUIER AREA O ESPECIALIDAD EN MEDICINA PARA SU TRATAMIENTO MEDICO.

LA LEY TAMBIEN LE PERMITE QUE UD. VEA AL MEDICO DE SU EMPLEADOR, PERO UD. NO TIENE QUE ESTAR DE ACUERDO EN CONTINUAR EL TRATAMIENTO CON EL MEDICO DE SU EMPLEADOR, A MENOS QUE ESTO SEA LO QUE USTED QUIERE.

SI UD. QUIERE QUE EL MEDICO DE SU EMPLEADOR CONTINUE TRATANDOLO DESPUES DE SU PRIMERA VISITA CON EL / ELLA, Y DESPUES DE RECIBIR ESTE FORMULARIO, USTED PUEDE ELEGIR EL MEDICO DE SU EMPLEADOR COMO SU MEDICO TRATANTE.

UNA VEZ QUE USTED ELIJE YA SEA EL MEDICO DE SU EMPLEADOR O SU PROPIO MEDICO COMO SU MEDICO TRATANTE, PUEDE SER QUE NO SE LE PERMITA ELEGIR OTRO DOCTOR EN LA MISMA AREA O ESPECIALIDAD DE MEDICINA PARA TRATARLO POR SU HERIDA O ENFERMEDAD MAS ADELANTE. SIN EMBARGO, NO SE REQUIERE QUE UD. TENGA LA APROBACION DE SU EMPLEADOR PARA CAMBIAR A UN DOCTOR EN OTRA AREA O ESPECIALIDAD DE MEDICINA. (La. R.S. 23:1121(B)(1).

SI SU EMPLEADOR LE NIEGA EL DERECHO A ESCOGER SU MEDICO, UD. TIENE EL DERECHO A UNA RAPIDA AUDIENCIA ANTE UN JUEZ DEL SISTEMA DE COMPENSACION DE LOS TRABAJADORES PARA RESOLVER LA NEGACION DE SUS DERECHOS (La. R.S. 23:1121 (B)(1) and 1124 (B).

POR ESTE MEDIO, YO ELIJO MI PROPIO DOCTOR PARA TRATARME POR MI HERIDA O ENFERMEDAD:

DR. _____

O

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, YO DECLARO QUE CONOZCO MI DERECHO A ESCOGER MI PROPIO MEDICO TRATANTE, Y AL SER ASI ACONSEJADO, CON ESTE DOCUMENTO ACEPTO Y ELIJO CONTINUAR SIENDO TRATADO POR EL MEDICO DE MI EMPLEADOR:

DR. _____

FECHA

FIRMA DEL EMPLEADO

FECHA

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR

(Nota: Si el empleado es analfabeto o tiene un desconocimiento del idioma, un representante autorizado del empleador /asegurador atestiguará con su firma que este formulario y el derecho a elegir el medico ha sido explicado en forma razonable a este empleado, en forma previa a su firma de este formulario. La falta de hacerlo así, puede poner en peligro el derecho del empleador / asegurador para más adelante rehusar el consentimiento de la petición del empleado para requerir el tratamiento por un médico diferente dentro de la misma area o especialización.)

AUTORIZACIÓN PARA PROVEER INFORMACIÓN MÉDICA U OTRO

Empleado:

Empleador:

Número de seguro social:

Fecha de nacimiento:

A QUIEN PUEDA INTERESAR:

Autorizo a cualquier médico cirujano, u otro personal médico, enfermera, dentista, hospital, servicio de ambulancia, centro de rehabilitación/convalecerse/custodia, u otro proveedor médico y cualquier seguro de grupo u otra compañía o individuo y todos mis empleadores presentes y pasados, para equipar a Savard Labor & Marine Personnel, o su agente debidamente designado o asegurador, todos registra en su posesión sobre mí incluyendo registros sobre lesiones, historia clínica, condición física, las reclamaciones de seguros, empleo, salario y registros educativos tanto antes como después de la fecha de mi firma en este formulario. Yo entiendo que la información conforme a esta autorización puede utilizarse en el tratamiento de mi reclamo de compensación para los trabajadores, y dicho tratamiento puede implicar la revelación de esta información. Dicho procesamiento o revelación puede incluir, pero no se limitará a: reclamos de auditoría, verificación de información, servicios de rehabilitación vocacional y subrogación investigaciones. Mi tratamiento, o el pago de mi tratamiento, no puede estar condicionado a la firma de esta autorización.

- SI SE TOMAN RADIOGRAFÍAS, ENVÍE SÓLO LA LECTURA O DIAGNÓSTICO;
NO ENVÍE LAS PELÍCULAS DE RAYOS X.
- ENVIAR LA LECTURA O DIAGNÓSTICO Y LAS PELÍCULAS DE RAYOS X.

A menos que se han hecho arreglos para un representante autorizado de Savard para recoger los registros, dichos registros deben ser enviados a:

Savard Labor & Marine Personnel, Inc.
1976 Wooddale Blvd.
Baton Rouge, LA 70806

Fotocopia completa de esta autorización será aceptada como si se tratase de un original firmado. Esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento y tendrá validez hasta que se reciba dicha revocación escrita, dirigida a la dirección mencionada. Mediante la firma de este comunicado, que he leído la información en esta página y entiendo la autorización que hago ahora represento.

Fecha de autorización

Firma del paciente
(Incluya el nombre de soltera, si es aplicable)

Dirección

Ciudad, estado y código postal

Esta autorización expira en _____.

Lanzamiento especial: Además de lo anterior, por favor liberar registros pertenecientes a psiquiátrica, drogas, o el tratamiento alcohólico, si cualquier.

Fecha de autorización

Firma del paciente

DECLINACIÓN DEL TRATAMIENTO

Es nuestra política para proporcionar el símbolo del sistema y tratamiento médico adecuado a los empleados para trabajar relacionados con lesiones. Hay situaciones que se presentan donde podrá hacerse previo aviso de una lesión, y el tratamiento formal no es necesario.

Cuando un empleado reporta un trabajos relacionados con la lesión, la lesión será documentada y se ofrecerá tratamiento. Un empleado puede indicar una preferencia que no tiene tratamiento médico formal. En caso de que un empleado niega tratamiento médico, tendremos el signo empleado este documento indicando que rechazaron el tratamiento médico. La empresa continuará supervisar la resolución de las quejas o lesiones hasta el momento en que la condición ha sido completamente resuelta. El empleado se pedirá que firme que el estado ha resuelto por completo.

En caso de que una condición no mejora fácilmente durante el período de seguimiento, o debería empeorar la condición, se enviará al empleado para que realizar una evaluación para asegurarse de que la condición es aborda correctamente. Puede haber situaciones donde un empleado es enviado para un examen médico después de su informe de lesiones, aunque el trabajador lesionado ha declinado tratamiento.

Fecha del accidente: _____

Nombre del empleado lesionado: _____

Nombre del supervisor: _____ Empresa: _____

Cuerpo (s) heridos: _____

_____ **Rechazo tratamiento médico en este momento. Debería empeorar mi condición o debería cambiar de opinión con respecto al tratamiento, sé que debo informar mi supervisor inmediatamente.**

Firma del empleado lesionado: _____ Fecha: _____

Firma del supervisor: _____

_____ **Mis lesión/lesiones han resuelto completamente.**

Firma del empleado lesionado: _____ Fecha: _____

Firma del supervisor: _____