



Reporte del Empleado por Lesiones Relacionadas al Trabajo
Universidad de Maryland, College Park

Completar inmediatamente después del accidente o al inicio del tratamiento médico y enviar inmediatamente a su supervisor

Nombre del Empleado: (Nombre) (Apellido) U_ID: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: Estado Civil: No. de Hijos a cargo

Dirección de domicilio: Calle Ciudad Código postal No. de teléfono

Situación Laboral (marque uno): Contingente I Contingente II Por hora
Docente No Exento TC/ MT Exento TC/MT Asistente de Investigación/Posgrado

Título de la Posición: Fecha de inicio del empleo:

Tiempo de inicio de la jornada laboral:

Departamento: No. de teléfono del trabajo Salario bruto (quincenal): \$

Fecha del Accidente: Hora: Lugar: Edificio Área (pasillo oficina, etc.)

Describe en detalle cómo se produjo el accidente:

(describa el proceso del trabajo en el que estaba involucrado, explique el propósito de la tarea o función, describa cómo ocurrió la lesión y explique la causa)

Parte del cuerpo lesionado: (sea específico - por ejemplo: dedo medio derecho, tobillo izquierdo, parte superior de la espalda)

Tipo de lesión: (ejemplo: esguince, quemadura {grado de quemadura}, contusión, sutura)

Se buscó tratamiento médico? Si así fue: Nombre del médico Número de teléfono

No. de días de ausencia en el trabajo: Fecha de regreso al trabajo (alta médica):

Tipo de licencia utilizada: No. de días de trabajo con restricciones:

Nombre del testigo (s): No. de teléfono

Se proporcionó equipo de seguridad? Sí No Se usó equipo de seguridad? Sí No

Firma del Empleado: Fecha:

Preguntas? Llame al 301-405-5466
También vea la página de internet http://www.essr.umd.edu

Instrucciones para el empleado en caso de lesiones o enfermedades relacionadas al trabajo

Se proporciona la siguiente información para guiar al empleado que se lesiona en el trabajo. Es importante seguir todas estas instrucciones a fin de recibir todos los beneficios disponibles.

Si es posible, proporcione a su supervisor una descripción verbal del accidente, inmediatamente después del accidente.

Tratamiento Médico:

Lesionado mientras está trabajando en la universidad:

Si usted se lesiona mientras está trabajando en la universidad y necesita atención médica, se recomienda ir al Centro de Salud (*Health Center*). En el Centro de Salud se le proveerá todos los formularios necesarios para reportar el accidente.

Lesionado mientras está trabajando fuera de la universidad:

Si usted se lesiona mientras está trabajando fuera de la universidad y va a una sala de emergencia o a ver a su médico, puede obtener los formularios para reportar el accidente en el sitio de internet de DES:

<http://www.essr.umd.edu/> - haga clic en *Risk Management/Workers' Compensation* para más información.

Inmediatamente después de su tratamiento inicial complete el formulario para reportar el accidente y envíeselo a su supervisor.

IMPORTANTE: Cualquier tratamiento médico que no sea una visita de emergencia, tratamiento inicial o una visita de rutina, deben ser pre-autorizado.

Su médico de cabecera le va a pedir su “número de reclamo” y la información del seguro. Llame a la oficina de Compensación de los Trabajadores (*Workers' Compensation office*) al (301) 405-5466 para obtener el número de reclamo y la información del seguro.

Los Fondos del Seguro de Los Trabajadores Lesionados (*The Injured Workers' Insurance Fund*) es la compañía de seguro de compensación para los trabajadores de la Universidad. El agente de esta compañía lo puede llamar a usted para investigar el accidente. Proporcione tantos detalles como le sea posible acerca del accidente. Le ayudará al agente determinar si su lesión es compensable bajo la Ley de Compensación de los Trabajadores del Estado de Maryland (*Maryland Workers' Compensation Law*).

Nota: Si usted no completa y envía el reporte de la lesión, el Centro de Salud (*Health Center*) le cobrará por los servicios prestados.

Usted le debe proporcionar a su supervisor una nota de su médico para los días de ausencia al trabajo debido a una lesión de trabajo sin importar qué tipo de licencia está usando.



Reporte del Supervisor por Lesiones de un Empleado Relacionadas al Trabajo

Universidad de Maryland, College Park

Debe ser completado por el supervisor o una autoridad superior y presentado con todos los demás reportes a la Oficina de Compensación de los Trabajadores en el Departamento de Seguridad Ambiental (*Workers' Compensation, Environmental Safety*), 3115 Chesapeake Bldg. dentro de las 24 horas de ocurrido el accidente.

(Reclamo) IWIF # _____ (debe ser completado por DES/WC)

Nombre del empleado lesionado: _____

Fecha del accidente: _____ Fecha en que el Supervisor fue notificado: _____

Lugar del accidente: _____ Hora del accidente: _____
Edificio Área (pasillo, oficina, estacionamiento, etc.)

Describa en detalles cómo se produjo el accidente: _____

(describa el proceso del trabajo en el que estaba involucrado, explique el propósito de la tarea o función, describa cómo ocurrió la lesión y explique la causa)

Parte del cuerpo lesionado: _____
(sea específico – por ejemplo: dedo medio derecho, tobillo izquierdo, parte superior de la espalda)

Tipo de lesión: _____
(ejemplo: esguince, quemadura {grado de quemadura}, contusión, sutura)

No. de días de ausencia en el trabajo: _____ Fecha de regreso al trabajo (alta médica): _____

Tipo de licencia utilizada: _____ No. de días de trabajo restringido: _____

Nombre del testigo (s): _____ No. de teléfono: _____
Nombre Título de la Posición

Usted está de acuerdo con la descripción del accidente proporcionada por el empleado? Sí _____ No _____
Si no está de acuerdo, por favor explique:

Se proporcionó equipo de seguridad? Sí _____ No _____ Se usó equipo de seguridad? Sí _____ No _____

Si no se proporcionó o utilizó, por favor explique:

Recomendaciones para prevenir que este accidente se repita:

Nombre del supervisor/departamento: _____ Número de teléfono: _____

Firma del supervisor: _____ Fecha: _____

Instrucciones para el Supervisor para Reportar Lesiones de un Empleado Relacionadas al Trabajo

Obtenga del Empleado y el Testigo(s) tantos detalles como le sea posible acerca del accidente.

Obtenga los formularios completos del reporte del empleado y la declaración del testigo. Complete el formulario del reporte del supervisor y dentro de las 24 horas de ocurrido el accidente, envíe todos los formularios a:

Oficina de Compensación de los Trabajadores
(Workers' Compensation)
Departamento de Seguridad Ambiental
(Department of Environmental Safety)
3115 Chesapeake Bldg

Informe el número de días de trabajo perdidos y/o el número de días que el empleado está trabajando con restricciones. Si la información no está disponible en el momento de completar el reporte, llame a la Oficina de Compensación de los Trabajadores (*Workers' Compensation Office*) al (301) 405-5466 cuando el empleado regrese al trabajo o si ya no está trabajando con restricciones.

Cuando el empleado está ausente debido a una lesión en el trabajo, el supervisor debe requerir documentación médica por esta incapacidad. Si es a largo plazo, las notas de incapacidad se requieren cada 2 semanas.

Esta documentación médica debe incluir:

- Diagnóstico
- Plan de control médico actual
- Restricciones
- Fecha de retorno al trabajo

Si el empleado regresa al trabajo con restricciones, el supervisor debe hacer todo lo posible para acomodar las restricciones.

Las regulaciones de la Universidad establecen que un empleado es elegible para licencia por accidente inmediatamente por un período de hasta 30 días a menos que se notifique lo contrario. Sólo los empleados en posiciones de "empleo permanente" califican para la licencia por accidente.

Si tiene preguntas, llame al (301) 405-5466



**Declaración del Testigo del Accidente
Universidad de Maryland, College Park**

(debe ser completado dentro de las 24 horas del accidente)

Nombre del empleado lesionado: _____

Departamento: _____ Título de la Posición: _____

Lugar del accidente: _____

Fecha del accidente: _____ Edificio _____ Área (pasillo, oficina, estacionamiento, etc.) _____
Hora del accidente: _____

Describa en detalles cómo se produjo el accidente:

(describa que estaba haciendo el empleado , cómo ocurrió el accidente y qué fue lo que lo causó)

Parte del cuerpo lesionado: _____

(sea específico – por ejemplo: dedo medio derecho, tobillo izquierdo, parte superior de la espalda)

Se proporcionó equipo de seguridad? Sí _____ No _____ Se usó equipo de seguridad? Sí _____ No _____

Si no se proporcionó o utilizó, por favor explique:

Recomendaciones para prevenir que este accidente se repita:

Nombre del testigo _____ Número de teléfono: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Preguntas? Llame al 301-405-5466

También vea la página de internet <http://www.essr.umd.edu>

Compensación de los Trabajadores (Workers' Compensation)

Definiciones Importantes

Compensabilidad:

IWIF hace la determinación inicial sobre la indemnización. Si el IWIF concluye que su lesión no es indemnizable, se le notificará dentro de los 30 días de la presentación de los informes del accidente. Usted puede impugnar esta decisión mediante la presentación de un reclamo ante la Comisión de Compensación de los Trabajadores. Tal demanda debe ser presentada dentro de los 2 años a partir del primer día de incapacidad por accidente, y por una enfermedad, 2 años a partir del diagnóstico o de la aparición de los primeros síntomas. Los formularios de reclamo están disponibles en la Oficina de Compensación de los Trabajadores de UMD.

Compensación:

Licencia por accidente

- La Universidad ofrece licencia por accidente a los empleados que se lesionan en el trabajo, tienen una lesión indemnizable y están en posiciones de "Empleo Permanente".
- La licencia por accidente es el 2/3 del salario bruto de los empleados. Está disponible hasta un máximo de 6 meses desde el primer día de la incapacidad. No es acumulativa y tampoco tiene impuestos.
- La licencia por accidente puede ser extendida hasta un año en casos graves, tales como cuando la incapacidad es continua durante 6 meses. Para recibir este beneficio, usted debe presentar a su departamento la documentación médica por su incapacidad, cada 2 semanas.

Beneficios Totales Temporarios:

Si usted no califica para la licencia por accidente y está perdiendo horas de trabajo debido a una lesión que es compensable, usted puede calificar para los beneficios totales temporarios. Llame al (301) 405-5466 si no está seguro si usted califica para este beneficio.

Los Beneficios Totales Temporarios son una compensación pagada por IWIF.

Los Beneficios Totales Temporarios también son el 2/3 del salario bruto de los empleados y no tienen impuestos. Para recibir los Beneficios Totales Temporarios, usted debe presentar un reclamo ante la Comisión de Compensación de los Trabajadores. Los formularios para presentar el reclamo están disponibles en la Oficina de Compensación de los Trabajadores de UMD.

Los Beneficios Totales Temporarios compensan sólo los salarios perdidos. Si usted, como empleado lesionado, desea continuar con los beneficios subsidiados por el Estado (por ejemplo, el seguro de salud, la jubilación, etc.) debe ponerse en contacto con la Oficina de Beneficios del Personal (*Personnel Benefits Office*) al (301) 405-5654.