



Informe de Accidentes Laborales Universidad de Maryland, College Park

Completar y enviar a su supervisor lo más pronto posible, después de un accidente.

Nombre del Empleado (Primer Nombre, Primer Apellido)		UID		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de Nacimiento	
Dirección del Domicilio				Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero		# Hijos que viven con el empleado	
Cuidad		Código Postal		Número de Teléfono		Tipo de Contrato (Por favor Marque Uno)	
Cargo		Fecha de Contratación		<input type="checkbox"/> Temporal (C I) <input type="checkbox"/> Temporal (C II) <input type="checkbox"/> Por Horas <input type="checkbox"/> Investigador/ Asistente de Postgrado <input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> No Exento TC/MT <input type="checkbox"/> Extento TC/MT			
Departamento		No de Teléfono de la Oficina		Hora de Inicio de la Jornada Laboral		Salario Neto (quincenal)	
Fecha del Accidente	Hora	Lugar del accidente (edificio) Área (pasillo, número de la oficina, etc.)					
Descripción del accidente. (Por favor describa detalladamente los eventos relacionados con el accidente, por ejemplo: ¿Qué tipo de trabajo estaba ejecutando, por qué, con qué motivo?)							
Parte del cuerpo afectada. Sea lo más específico posible – por ejemplo: Dedo meñique de la mano derecha				Tipo de lesión. Por Ejemplo: Quemadura (Grado de la quemadura), Cortada, Caída/Golpe			
¿Hubo asistencia médica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si su respuesta es si Nombre del Medico/Institución		Número de Teléfono		Número de días de trabajo limitado o con restricciones	
Número de días Ausentes		Fecha de Regreso (Indicada por el Médico)		Tipo de Tiempo Libre usado		Había equipo de protección personal disponible? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿En el momento del accidente estaba usando el equipo de protección? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Nombre del Supervisor			Número de Teléfono			Fecha de reporte del accidente	
Nombre del Testigo(s)			Número de Teléfono				
Este formulario no es válido si no está firmado. Al firmar este documento certifico que la información proporcionada arriba es verdadera y correcta.							
Firma del Empleado				Fecha			



Instrucciones para el Empleado en caso de un Accidente Laboral Universidad de Maryland, College Park

La información proveída en este documento tiene como finalidad ser la guía al empleado en caso de un accidente laboral. Recuerde que para recibir todos los beneficios disponibles se deben seguir todas estas instrucciones. Si es posible, inmediatamente después de un accidente, comuníquese por teléfono con su supervisor y explique en detalle lo sucedido.

Tratamiento Médico:

Si el accidente ocurre mientras trabaja dentro del campus universitario:

En caso de requerir atención médica, diríjase al Centro de Salud (Health Center). Ellos le proveerán los formularios necesarios para reportar el accidente.

Nota: Debido al brote de Covid19, el centro de salud de la universidad no está recibiendo visitas sin cita previa y solo acepta citas por teléfono. Para apartar una cita llame al 301 414 8184 durante las horas de operación. Para obtener información adicional sobre la atención médica, visite <https://health.umd.edu/emergencies>.

Si el accidente ocurre mientras trabaja fuera del campus universitario:

En caso de requerir atención médica, usted puede ir a una sala de emergencias, a una clínica de atención ambulatoria (Ejemplos: Patient First/CVS minute clinic, etc) o a su médico de confianza. Sin embargo, recuerde descargar, imprimir y completar los formularios para reportar el accidente tan pronto le sea posible. Los formularios están disponibles en:

<http://www.essr.umd.edu/> - haga clic en Risk Management/Workers' Compensation y luego busque por "Spanish".

IMPORTANTE: Cualquier tratamiento médico relacionado con el accidente que NO sea la visita inicial de emergencia debe ser preautorizado. Su médico de confianza, o proveedor le preguntará por la información del seguro al igual que el número del caso (*Claim number*), para obtener esta información usted puede llamar a la oficina de Compensación al Trabajador (*Worker's Compensation office*) al (301) 405-5466.

El Fondo de Seguro al Trabajador Lesionado (IWIF por sus siglas en inglés), (una división de la Compañía de seguros de empleadores de Chesapeake) es la compañía encargada de proveer los fondos para los accidentes que involucran a los trabajadores de la universidad. El agente encargado de su caso lo puede llamar a hacer preguntas acerca del accidente, por favor sea tan detallado como le sea posible. Recuerde que entre más información usted provea, habrá mejores posibilidades de asegurar que su accidente/lesión está cubierta bajo las Leyes de Compensación Laboral del Estado de Maryland.

- **Nota:** Si usted no completa y envía el formulario de reporte, el Centro de Salud (Health Center) le cobrará por los servicios prestados.
- En caso de ausencia causada por el accidente, usted debe proveer a su supervisor una nota de su médico que verifique la cantidad de días que usted estará por fuera de sus actividades laborales, independientemente de la clase de tiempo libre usado.



Formulario de Accidentes Laborales para Supervisores University of Maryland, College Park

Este formulario debe ser completado por un supervisor o gerente durante las primeras 24 horas después del accidente. Debe ser enviado/presentado a la oficina de Compensación al Trabajador, ESSR, Seneca Bldg. 4716 Pontiac St, Suite 0103.

<small>(completado por ESSR/WC) (Caso) IWIF#</small>		Nombre del Empleado lesionado		
Fecha del accidente	Fecha en la que el Supervisor/Gerente fue notificado	Hora del Accidente	Lugar del accidente (Edificio)	Área (pasillo, oficina, estacionamiento, etc.)
Describa detalladamente los eventos que ocurrieron en el accidente: Por favor describa punto por punto los eventos relacionados con el accidente, por ejemplo: ¿Qué tipo de trabajo estaba ejecutando el empleado?, ¿por qué?, ¿con qué motivo?, ¿cuál fue la herida?				
Parte del cuerpo afectada. Sea lo más específico posible – por ejemplo: Dedo meñique de la mano derecha				
Tipo de lesión. Por Ejemplo: Quemadura (Grado de la quemadura), Cortada, Caída/Golpe				
Fecha de Regreso <small>(Indicada por el Médico)</small>	Número de días Ausentes	Tipo de Tiempo Libre usado	Número de días de trabajo limitado o con restricciones	
Testigos del Accidente		Cargo	Número de Teléfono	
¿Está de acuerdo con la descripción del accidente proporcionada por el trabajador?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si su respuesta fue no, explique:
¿Se proporciono el equipo de protección personal adecuado?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si su respuesta fue no, explique:
¿En el momento del accidente estaba el trabajador usando el equipo de protección?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Qué recomendaciones tiene usted para prevenir este tipo de accidente en el futuro?				
Nombre del Supervisor y Departamento		Número de Teléfono		
Este formulario no es válido si no está firmado. Al firmar este documento certifico que la información proporcionada arriba es verdadera y correcta.				
Firma del Supervisor			Fecha	



Instrucciones para el Supervisor en caso de un Accidente Laboral **Universidad de Maryland, College Park**

Obtenga la mayor cantidad de información que le sea posible, tanto del trabajador como de los testigos del accidente.

Asegúrese de obtener las formas proveídas al trabajador y a los testigos una vez completadas, y adjúntelas a este documento. Dentro de las primeras 24 horas después del accidente, envíe o lleve todas las formas en un sobre de manila a:

Enviar un correo electrónico / Entregar a:
El Designado de Compensación de Trabajadores de Recursos Humanos de su Departamento
(si no tiene un Designado)

Envíe el correo a:
Workerscomp@umd.edu

o

Lleve en un sobre de manila con los documentos a:
ESSR Oficina de Compensación Laboral
Seneca Bldg, 4716 Pontiac St. Suite 0103

Informe el número de días que el empleado estuvo o va a estar ausente o trabajando con restricciones. En dado caso que la información no esté disponible en el momento de completar las formas, llame a la Oficina de Compensación Laboral tan pronto el empleado regrese a trabajar o cuando ya no necesite más las restricciones.

Cuando un empleado se ausenta debido a un accidente laboral el supervisor debe pedirle la documentación pertinente que demuestre la incapacidad médica. En caso de que la incapacidad sea a largo plazo, las notas médicas deben ser recibidas cada dos semanas. La documentación debe incluir:

- Diagnostico
- Plan de control médico actual
- Restricciones laborales
- Fecha de regreso a las actividades laborales normales

Si el empleado puede regresar al lugar de trabajo, pero de acuerdo al reporte del médico requiere restricciones/limitaciones, el supervisor debe seguir las recomendaciones proporcionadas por el médico.

Las políticas de la universidad establecen que un empleado tiene derecho a 30 días de compensación por accidente, a menos que se notifique lo contrario. Solo los empleados que hacen parte de la categoría "Empleado Permanente" califican para este tipo de licencia.



Informe de Testigos de un Accidente Universidad de Maryland, College Park

Completar dentro de las primeras 24 horas despues de un accidente.

Nombre del Empleado Lesionado (Primer Nombre, Primer Apellido)				
Departamento	Nombre del Cargo	Hora del Accidente	Lugar del accidente (Edificio)	Área (pasillo, oficina, estacionamiento, etc.)
<p>Por favor describa detalladamente los eventos relacionados con el accidente, por ejemplo: ¿Qué tipo de trabajo estaba ejecutando el empleado?, ¿Cuál cree usted fue la causa del accidente?</p>				
Parte del cuerpo afectada. Sea lo más específico posible – por ejemplo: Dedo meñique de la mano derecha				
Tipo de lesión. Por Ejemplo: Quemadura (Grado de la quemadura), Cortada, Caída/Golpe				
¿Se proporciono el equipo de protección personal adecuado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Si su respuesta fue no, explique:	
¿En el momento del accidente estaba el trabajador usando el equipo de protección? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
¿Qué recomendaciones tiene usted para prevenir este tipo de accidente en el futuro?				
Nombre del Testigo		Número de Teléfono		Número Celular
Este formulario no es válido si no está firmado. Al firmar este documento certifico que la información proporcionada arriba es verdadera y correcta.				
Firma del Testigo			Fecha	