



INFORME DE PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE TRABAJO

1. Complete el Primer Informe de Lesión para asegurar que tendrá contestadas todas las preguntas apropiadas durante el proceso de reclamo. Asegúrese de que el empleado firme el Primer Informe de Lesión. Si el empleado se negara a firmar o no pudiera firmar por favor anótelos en el Primer Informe de Lesión.
2. **Envíe el Primer Reporte de Lesión completado al Departamento de Riesgos de MBA vía fax al 1.888.894.4622 o envíelo por correo electrónico a wcinjuryreport@mbapeo.com.**
3. **Firme el documento de Autorización Médica y dáselo al empleado junto con un documento de la Cadena de Custodia.**
El documento de Autorización Médica asegurará que las facturas médicas sean procesadas apropiadamente y que no sean enviadas a la empresa o al trabajador lesionado. El documento de Cadena de Custodia es parte de los requisitos de MBA para las pruebas de detección de drogas después de un accidente.
Una prueba de la droga es requerida en todos los casos reportados, aunque el tratamiento médico sea o no necesario.
4. **Para las lesiones producidas durante la semana en horario laboral:**
Envíe al empleado lesionado a la clínica ambulatoria más cercana con la Autorización Médica firmada y llame al Departamento de Administración de Riesgos al 1.888.622.6460 para reportar el reclamo.
5. **Para las lesiones producidas durante el fin de semana, después de horas o vacaciones:**
Envíe al empleado lesionado a la clínica ambulatoria más cercana con la Autorización Médica firmada y contacte con el Departamento de Administración de Riesgos de MBA el próximo día de trabajo regular. El teléfono es el 1.888.622.6460
6. **Para cualquier EMERGENCIA o lesión GRAVE:**
Llame al 911 para que el empleado reciba atención médica inmediatamente. Por favor asegúrese de dar a los paramédicos de emergencia el documento de Autorización Médica firmada.
Llame al Departamento de Administración de Riesgos de MBA al 1.888.622.6460 y envíe por fax al 1.888.894.4622 el Primer Reporte de Lesión completado **o por correo electrónico a wcinjuryreport@mbapeo.com.**
7. El Primer Reporte de Lesión completado será transmitido a la oficina de manejo de reclamos y una copia del reporte será archivada en MBA para nuestros archivos y auditoría de reclamos.

Para mayor información o asistencia por favor contacte al Departamento de Administración de Riesgos de MBA

al **1.888.622.6460**



DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA

Empresa: _____

Nombre del Empleado: _____

Esta es una autorización para tratamiento médico debido a una lesión producida en el trabajo que está siendo reportada según las leyes de accidentes y enfermedades de trabajo. Todas las facturas y futuras autorizaciones deberán enviarse a Modern Business Associates en la dirección provista a más abajo.

***** Se requiere un panel de revisión de 10 drogas para todas las lesiones de trabajo reportadas. Por favor envíe un fax con los resultados al Departamento de Administración de Riesgos de MBA al 1-888-894-4622. *****

Firma del Gerente: _____ Fecha: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Modern Business Associates, Inc.
Attn: Risk Management Department
9455 Koger Blvd.
Suite 200
St. Petersburg, FL 33702
1.888.622.6460



Modern Business Associates

PRIMER INFORME DE LESIÓN

1.888.622.6460

- 1. NOMBRE DE PEO: **MBA**
- 2. FECHA DE LESIÓN: _____ HORA DE LESIÓN: _____ AM PM
- 3. NOMBRE DEL TRABAJADOR LESIONADO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

Nº DE SEGURIDAD SOCIAL: _____ Nº DE TELÉFONO: (____) _____

- 4. ESTADO CIVIL: SOLTERO _____ CASADO _____ DIVORCIADO _____
- 5. FECHA DE EMPLEO: ____/____/____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
- 6. OCUPACIÓN: _____ CÓDIGO DE CLASE DE ACCIDENTE LABORAL: _____
- 7. FECHA DE RETORNO AL TRABAJO: MISMO DÍA _____ DÍA SIGUIENTE _____
 TODAS LAS OBLIGACIONES _____ ALGUNAS OBLIGACIONES _____
- 8. NOMBRE DEL CLIENTE: _____ Nº DEL CLIENTE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

Nº TELÉFONO _____ CONDADO: _____

- 9. LUGAR DEL ACCIDENTE si es diferente a la ubicación del cliente:

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

- 10. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:

- 11. TIPO DE LESIONES:

- 12. MÉDICO O CENTRO DE TRATAMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

- 13. FECHA EN QUE LA LESIÓN FUE REPORTADA A LA EMPRESA: ____/____/____

- 14. ¿CONOCE LA EMPRESA ALGUNA CONDICIÓN PREEXISTENTE QUE PUEDA APLICARSE AL CASO? _____

- 15. ¿HAY ALGUNA DUDA O PREGUNTAS ACERCA DE LA VALIDEZ DE LA LESIÓN?
 _____ SÍ _____ NO

- 16. ¿HUBO ALGUNA OTRA PERSONA O EQUIPO QUE PUEDA HABER CAUSADO LA LESIÓN? _____

COMPLETADO POR: _____ FECHA: ____/____/____

Entiendo que cualquier persona que intencionadamente o con propósito de causar lesión, fraude, o engaño a la empresa o empleado, compañía de seguro o programa de auto-seguro, presente un reclamo que contenga cualquier falsedad o información engañosa está cometiendo una ofensa criminal. Doy fe de que la información anterior es verdadera y correcta.

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

POR FAVOR ENVÍE UN FAX CON EL DOCUMENTO COMPLETADO AL 1.888.894.4622 O POR CORREO ELECTRÓNICO A wcinjuryreport@mbapeo.com



Reconocimiento de negativa a sometimiento de Prueba de Drogas después de un Accidente

Yo, _____, por la presente admito que me he negado a someterme a una prueba de detección de drogas después de un accidente como es requerido por mi empresa. Entiendo que al negarme a someterme a esta prueba de drogas después de un accidente puede causar una acción disciplinaria incluyendo el despido y que puede resultar en la pérdida de beneficios de accidentes y enfermedades laborales y en la pérdida de compensación por desempleo.

Empleado

Fecha

Supervisor Directo

Fecha

Testigo

Fecha

cc: Archivo de Personal

Reconocimiento de Rechazo a Tratamiento Médico

Yo, _____, por la presente admito mi negativa para ser evaluado médicamente debido a una lesión laboral que tuve en _____. Entiendo que al firmar este documento cualquier reclamo futuro relacionado a esta lesión requerirá que notifique a mi supervisor inmediatamente. También entiendo que aunque no vaya a ser tratado médicamente por esta lesión debo someterme a la prueba mandataria de detección de drogas.

Empleado

Fecha

Supervisor Directo

Fecha

Testigo

Fecha

cc: Archivo de Personal (MBA)