

PRIMER INFORME PATRONAL DE LESIÓN O ENFERMEDAD

Lesiones mortales: Los empleadores amparados en el Capítulo 102 de los Estatutos de Wisconsin deberán notificar las lesiones mortales al Departamento y a su compañía de seguros, si está asegurado, en el plazo de un día después de la muerte del empleado.

Lesiones no mortales: Si la lesión o la enfermedad ocupacional causa incapacidad más allá del período de espera de tres días, el empleador, si está asegurado, deberá notificarlo a su compañía de seguros en los siete días siguientes a la lesión o al inicio de la incapacidad. Las reclamaciones médicas se informarán únicamente a la compañía de seguros, no al Departamento.

Requisito de notificación electrónica: Todas las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo que den lugar a una pérdida de tiempo compensable, a excepción de los accidentes mortales, deberán notificarlas la compañía de seguros o el empleador autoasegurado al Departamento por intercambio electrónico de datos (Electronic Data Interchange, EDI) o Internet en un plazo de 14 días, contados a partir de la fecha de la lesión o del inicio de la incapacidad. El empleador puede enviar por fax las reclamaciones por lesiones mortales al (608) 267-0394.

*Facilitar su número de seguro social (Social Security Number, SSN) es voluntario. No facilitarlo puede causar un retraso en el trámite.

El Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral (DWD) administra la Ley de Compensación al Trabajador, Capítulo 102 Wis. Stats. El propósito de este formulario es ayudar con la obtención de información relacionada con o requerida por el Capítulo 102. La cumplimentación de este formulario es voluntaria y la no cumplimentación de dicho formulario puede dar lugar a un retraso en la administración del Capítulo 102. El Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral (DWD) puede utilizar la información de identificación personal (PII) que obtiene de usted en este formulario para fines distintos de aquellos para los que se está recogiendo.

(Lea las instrucciones de la página 2 para rellenar este formulario)

Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral, División de Compensación a los Trabajadores
201 E Washington Ave., Rm. C100
P.O. Box 7901
Madison, WI 53707
Servidor de fax para imágenes:
(608) 260-2503
Teléfono: (608) 266-1340
<https://dwd.wisconsin.gov/wc> Correo:
DWDDWC@dwd.wisconsin.gov

EMPLEADO	Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido)		Número de la Seguridad Social*		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		N.º de teléfono del domicilio del empleado () -		
	Dirección del empleado		Ciudad		Estado		Código postal		
	Fecha de nacimiento		Fecha de contratación		Condado y estado donde se produjo el accidente o la exposición				
EMPLEADOR	Nombre del empleador		N.º de cuenta del seguro de desempleo de Wisconsin		Autoasegurado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tipo de empresa (producto específico)		
	Dirección postal del empleador		Ciudad		Estado		Código postal		
					Número de identificación federal del empleador (Federal Employer Identification Number, FEIN)				
	Nombre de la compañía de seguros de compensación a los trabajadores o del empleador autoasegurado							FEIN del asegurador	
Nombre y dirección del administrador externo (Third Party Administrator, TPA) utilizado por la compañía de seguros o el empleador autoasegurado							FEIN del TPA		
INFORMACIÓN SALARIAL	Salario en el momento de la lesión \$		Especifique por hora, semana, mes, año, etc. Por:		Además del salario, Marque la(s) casilla(s) si El empleado recibió:		<input type="checkbox"/> Comidas N.º de comidas/semana <input type="checkbox"/> Alojamiento N.º de días/semana <input type="checkbox"/> Propinas Monto Promedio semanal \$		
	¿Se pagan horas extra al trabajador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿después de cuántas horas de trabajo a la semana?								
	Para el período de 52 semanas anterior a la semana en que se produjo la lesión, indique a continuación el número de semanas trabajadas en el mismo tipo de trabajo, y el total de los salarios, sueldos, comisiones y bonificaciones o primas percibidas por dichas semanas.								
	N.º de semanas:		Monto bruto sin incluir las propinas: \$			Si es un trabajo discontinuo, número de horas Excluyendo las horas extra:			
	Horario de trabajo habitual del empleado cuando se lesionó:			Hora de inicio : <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		Horas por día		Horas por semana	
	Horario habitual de tiempo completo del empleador para este tipo de trabajo en el momento de la lesión del empleado:								
INFORMACIÓN SOBRE LESIONES	Empleo a tiempo parcial		¿Hay otros trabajadores a tiempo parcial que realicen el mismo trabajo con el mismo horario? Información: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuántos?			Número de empleados a tiempo completo que hacen el mismo tipo de trabajo:			
	Fecha de la lesión		Hora de la lesión : <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		Último día de trabajo		Fecha de notificación al empleador		
							<input type="checkbox"/> Fecha de reincorporación <input type="checkbox"/> Fecha estimada de reincorporación		
	¿La lesión causó la muerte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de la muerte		¿Se trata de una pérdida de tiempo u otra lesión indemnizable? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		La lesión se produjo por: <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Fallo en el uso de dispositivos de seguridad <input type="checkbox"/> Fallo al obedecer las normas		
	¿El empleado fue atendido en una sala de emergencias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿El empleado pasó hospitalizado toda la noche? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre y dirección del médico tratante y del hospital: Número de caso del registro de la Administración de Seguridad y Salud en el Trabajo (Occupational Safety and Health Administration, OSHA):								
Descripción de la lesión: indique las actividades del empleado cuando se produjo la lesión o enfermedad y qué herramientas, maquinaria, objetos, productos químicos, etc. se utilizaron. ¿Qué provocó esta lesión o enfermedad? (Indique cómo se produjo la lesión) ¿Cuál fue la lesión o enfermedad? (Indique la parte del cuerpo afectada y cómo se vio afectada)									
Informe elaborado por		Número de teléfono del trabajo () -		Cargo		Fecha de la firma			

INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADOR Y LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

El empleador deberá completar todas las secciones pertinentes de este formulario y presentarlo a la compañía de seguros de compensación a los trabajadores del empleador o al administrador de reclamaciones externo dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha de una lesión relacionada con el trabajo que cause incapacidad permanente o temporal que dé lugar a indemnización por tiempo perdido. La compañía de seguros del empleador o el administrador de reclamaciones externo pueden solicitar que este formulario se utilice también para informar inmediatamente cualquier lesión que requiera tratamiento médico, aunque no implique pérdida de tiempo de trabajo.

En el caso de cualquier lesión laboral que resulte en un **accidente mortal**, el empleador también deberá presentar este formulario directamente al Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral **dentro de las 24 horas siguientes al accidente**.

El empleador exento de la obligación de asegurar en virtud de la sección 102.28 de los Estatutos de Wisconsin, y una compañía de seguros que administre las reclamaciones para un empleador asegurado están obligados a presentar este formulario al Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral en un plazo de 14 días a partir de la fecha de la lesión laboral.

INFORMACIÓN OBLIGATORIA

Para poder administrar con exactitud las reclamaciones, deberá completarse cada una de las siguientes secciones de este formulario. El primer informe de lesiones se devolverá al remitente si no se facilita la información obligatoria.

Sección para los empleados: Suministre toda la información solicitada para identificar al empleado lesionado. Si el empleado tiene varias fechas de empleo, la "fecha de contratación" es aquella cuando el empleado fue contratado para el trabajo en el que se lesionó.

Sección para empleadores: Suministre toda la información solicitada para identificar al empleador del trabajador lesionado en el momento de la lesión. Indique el nombre y el número de identificación federal del empleador (FEIN) de la compañía de seguros o del empleador autoasegurado responsable por la indemnización al trabajador por esta lesión. Identifique también al administrador externo de reclamaciones, si procede.

Sección de información salarial: Suministre la información solicitada sobre el salario y las horas trabajadas por el empleado lesionado para el trabajo que realizaba en el momento de la lesión.

Sección de información de lesiones: Suministre información sobre la fecha y la hora de la lesión. Describa detalladamente la lesión, incluida la parte lesionada del cuerpo, la naturaleza específica de la lesión (fractura, esguince, conmoción cerebral, quemadura, etc.) y el uso de cualquier objeto o herramienta (sierra, escalera, vehículo, etc.) que pudo causar la lesión. Indique el nombre de la persona que prepara este informe y el número de teléfono en el que se le puede localizar, si se necesita información adicional. Este formulario está destinado a incluir la información que exige la OSHA en el formulario 301. Si se completa y conserva esta sección, el empleador no tendrá que completar el formulario 301 de la OSHA.