



PO BOX 27810
Albuquerque New Mexico 87125

505.343.7777
800.788.8851
NewMexicoMutual.com

HOJA DE AYUDA PARA COMPLETAR (E1) PRIMER INFORME DE LESIÓN DEL EMPLEADOR

Por favor, proporcione tanta información como sea posible. Sin embargo, lo siguiente es lo mínimo necesario para establecer un nuevo reclamo de Compensación para Trabajadores. Una vez completado, envíe el formulario por correo o fax al **505-345-0656**. **Tenga en cuenta que la ley actual de compensación laboral le permite a un empleador solo 48 horas de calendario, desde que tuvo conocimiento de una lesión, para presentar un reclamo ante su aseguradora.**

GENERAL: esta es la sección que solicita información sobre usted. Lo que necesitamos aquí es el nombre y la dirección de su empresa (específicamente el nombre y la dirección bajo los cuales se encuentra su póliza). Si está utilizando un E-1 de su paquete de póliza, es probable que ya lo haya completado previamente.

ASEGURADORA: Si lo sabe, necesitamos su número de póliza, si no lo sabe, llámenos al **1-800-788-8851**. Nuevamente, si está utilizando un E-1 de su paquete de póliza, probablemente esto haya sido completado para usted.

EMPLEADO: Para poder establecer el reclamo debemos tener la siguiente información;

Nombre: Nombre legal del trabajador

Fecha de Nacimiento: Fecha de nacimiento del trabajador

Número de seguro social: Si no lo conoce debido a su estado migratorio, comuníquese con nosotros.

Fecha de contratación: Fecha de la contratación más reciente del trabajador.

Sexo: Masculino o Femenino

Ocupación: ¿Cuál es el trabajo del trabajador lesionado? I. E Obrero, vendedor, enfermero, etc.

SALARIO: Esta información es necesaria si el trabajador lesionado falta al trabajo o puede faltar al trabajo.

OCURRENCIA: Esta es la sección para que nos cuentes qué pasó; qué causó que su empleado se lesionara.

Para que se pueda establecer el reclamo necesitamos al menos la siguiente información:

Fecha de lesión: Cuándo se lesionó su empleado.

Fecha de notificación al empleador: ¿Cuándo le dijeron o cuándo supo que había habido una lesión?

Fecha en que comenzó la incapacidad: Si su empleado falta al trabajo, ¿cuándo comenzó? A veces es la misma fecha de la lesión, otras veces es posterior.

Nombre de contacto/número de teléfono: ¿Con quién le gustaría que hablemos, en su organización, sobre este reclamo?

Tipo de lesión: Es decir, cortadas, hematoma, contusión (raspado), distensión, etc.

Parte del cuerpo afectado: Es decir, mano, espalda, rodilla, cuero cabelludo, cabeza, etc.



Como ocurrió la lesión o enfermedad: Use este espacio para contarnos qué sucedió. Sea lo más específico posible y utilice papel adicional si es necesario.

Fecha del regreso al trabajo: Si su empleado ha regresado o no al trabajo, infórmenos aquí.

TRATAMIENTO:

Médico u Hospital: ¿Dónde está recibiendo atención médica su empleado?

Casillas de tratamiento inicial: qué nivel de atención se proporciona/se proporcionó

OTROS:

Testigos: ¿Hubo algún testigo del hecho? Si es así, por favor díganos quién es esa persona aquí.

Fecha de preparación: Fecha en que completó este formulario.

Nombre y ocupación del preparador: Proporcione su nombre y número de teléfono aquí