

AVISO DE ACCIDENTE

REINICIAR EL
FORMULARIO

De acuerdo con lo dispuesto en la legislación de Nuevo México, Sección 52-1-29, Sección 52-3-19 y Sección 52-1-49, de NMSA (estatutos anotados) 1978; NMAC (códigos anotados) 11.4.4.11

Yo, _____, sufrí un accidente laboral o una discapacidad causada por una enfermedad laboral.

Esto ocurrió a las _____ (hora) (a.m./p.m.), el día _____ de _____ de 20____. (fecha)

Fecha de contratación: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de empleado de CNM: _____

Dirección domiciliar del empleado: _____

Teléfono del empleado: _____

Depto.: _____

Nombre del Supervisor: _____

¿En qué lugar ocurrió el accidente? _____

Describe el accidente detalladamente:

Parte del cuerpo lesionada: _____ ¿Busca atención médica?: _____

El empleador elegirá el proveedor de servicios de atención médica. El trabajador tiene el derecho de cambiar ese proveedor después de transcurrir 60 días.

Proveedor elegido por el empleador:

Concentra

Firma del empleado: _____

Firma del supervisor/
Acuse de recibo: _____

(empleador o representante)

Fecha: _____

Fecha: _____

CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS, PRESENTA UN RECLAMO FALSO O FRAUDULENTO CON EL OBJETIVO DE OBTENER PAGO POR PÉRDIDA O DE UN BENEFICIO O QUE, A SABIENDAS, INCLUYE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE COBERTURA DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE QUEDAR SUJETO A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES

LOS FORMULARIOS NOA ANTERIORES A ESTA VERSIÓN PUEDEN CONTINUAR USÁNDOSE.

Trabajador:

Para obtener atención médica de emergencia, diríjase a cualquier instalación para atender emergencias médicas.

Los empleados que tengan preguntas sobre la compensación a trabajadores pueden llamar al departamento de Recursos Humanos, al 505-224-4000, donde le ofrecerán información y ayuda. La oficina está abierta de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto en días feriados.

Línea de ayuda del estado

1-866-WORKOMP / 1-866-967-5667

Asistencia telefónica sin costo.

New Mexico Workers' Compensation Administration

(administración para la compensación a trabajadores por accidentes y enfermedades laborales)

PO Box 27198, Albuquerque, NM 87125

Employer/ Employee: Each keep one copy.
(Employador/ Empleado: cada cual conserve una copia)