

## QUE DEBO DE HACER SI ME LASTIMO EN EL TRABAJO?

- 1.) Si es una emergencia, llame al 911 o vaya al hospital mas cercano! Cuidado adicional que necesite debe ser proporcionado por uno de los doctores designados por el distrito. Vea la lista abajo.
- 2.) Si su lastimadura no es una emergencia, debe llamar a Recursos Humanos (Beth Collins al 720-561-5936 o [beth.collins@bvsd.org](mailto:beth.collins@bvsd.org)) para hacer una cita con uno de los doctores designados. **No está autorizado para ver a su doctor personal (compensación al Obrero no pagará por su visita).** En Recursos Humanos se le ayudará a hacer su cita. Usted debe completar el *Reporte de Lastimadura/Incidente del Empleado* (lo puede encontrar en Recursos Humanos o en la página electrónica del distrito) para que sus gastos médicos sean pagados.
- 3.) Notifique a su supervisor.
- 4.) Será revisado en el lugar médico designado por el distrito. Usted debe elegir uno de los siguientes:

<p><b>Arbor Occupational Medicine</b> 1690 30<sup>th</sup> Street Level II Boulder, CO 80301 <b>303-443-0496</b> Lunes a viernes, 8:00-5:00pm</p>	<p><b>Arbor Occupational Medicine</b> 290 Nickel Street Suite 200 Broomfield, CO 80020 <b>303-460-9339</b> Lunes a viernes, 8:00-5:00pm</p>	<p><b>Boulder Community Hospital Occupation Health and Therapy Services</b> 1000 W South Boulder Road Suite 214 Lafayette, CO 80026 <b>(Lunes a viernes, 8:30 am- 4:30pm)</b></p> <p>-----</p> <p>4745 Arapahoe Avenue Suite G40 Boulder, CO 80303 <b>(Lunes y miércoles por las mañanas; jueves por la tarde)</b> <b>303-604-4660</b></p>
Por Cita	Por Cita	Por Cita

5.) Es **su** responsabilidad informar al departamento de Recursos Humanos (Beth Collins) y a su supervisor de su progreso y de cualquier tiempo perdido en el trabajo. Compensación al Obrero no pagará por tiempo de trabajo perdido que no esté autorizado por el médico designado por el distrito escolar. Si no puede regresar a su trabajo regular, se le asignará un trabajo alternativo temporalmente.

**Preguntas? Llame a Beth Collins en Recursos Humanos al 720-561.5936. Le ayudaremos con su lastimadura y de vuelta a su trabajo! (Preguntas en español, llame a Susana Aguirre al 720-561-5022)**

## QUE DEBO DE HACER SI ME LASTIMO EN EL TRABAJO?

Si sostiene una lastimadura leve o un incidente que no requiere de atención médica, aun debe hacer el reporte. Por favor siga este proceso:

- 1.) Notifique a su supervisor.
- 2.) Llame a Recursos Humanos (Beth Collins) al 720-561-5936 y complete el *Reporte de Lastimadura/Incidente del Empleado (forma #2) del paquete de Información y Formas de Compensación al Obrero*, disponibles en Recursos Humanos y en la página electrónica del Distrito Escolar del Valle de Boulder. <http://bvsd.org/benefits/pages/workerscompensation.aspx> y devuélvala a Beth Collins en Recursos Humanos.

# REPORTE DE LASTIMADURA/INCIDENTE DEL EMPLEADO

(Debe ser completado por el empleado lastimado)

FECHA DE HOY:

FECHA DE LASTIMADURA/INCIDENTE:

NOMBRE DEL EMPLEADO LASTIMADO:

LUGAR DE TRABAJO (donde la lastimadura ocurrió):

TELEFONO DEL TRABAJO :

Yo certifico que la siguiente declaración es verdadera y un informe preciso de los eventos que ocurrieron.

Firma del Empleado Lastimado: \_\_\_\_\_

¿Hubo un testigo de lo ocurrido?  Yes  No

Si lo hubo, por favor proporcione los nombres: \_\_\_\_\_

Yo recibí la Información de los Centros Médicos Designados, Forma #3 de Compensación al Obrero incluida en este paquete.

Firma del Empleado Lastimado: \_\_\_\_\_



# Boulder Valley School District Supervisor's Accident/Incident Investigation Report

To be completed by the Supervisor  
See back of Page for Instructions

<b>I. General Information</b>	School/Department:		Shift:	
	Employee Name:		Job Title:	
	Employee Number:		Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	Date of Accident/Incident:		Time of Accident/Incident: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
	Type of Accident/Incident/Illness:		Name(s) of Witness(es):	
	Type of Injury:			
<b>II. Description</b>	Where and how did Accident/Incident happen? (Please provide <u>brief</u> description.)			
<b>III. Causes</b>	Specific employee <b>act</b> , (action, task or activity) connected with the Accident/Incident:			
	Unsafe <b>condition</b> at time of Accident/Incident (please be specific):			
	Unsafe <b>personal factors</b> at time of Accident/Incident:			
<b>IV. Recommendations</b>	Personal Protective Equipment (PPE) required, i.e. eye, hand, foot protection, etc.:			
	Was injured employee using required PPE? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
	Action plan to prevent recurrence (modification of machine, mechanical guarding, environment, training):			
<b>V. Follow-up</b>				

**Send Form to Human Resources ASAP, and File One Copy at Your Department for Safety Use and Review**

## Instructions For Completing Accident/Incident Report (on reverse side)

Please print or type all information. Complete report in as much detail as possible.

### I. General Information

Fill in all information requested: Name of person injured, date, exact location, job title, job being performed, etc. For description of type of Accident/Incident/illness, injury, and body part, see the following:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <p>A. Type of Accident/Incident/Illness</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• slip/fall</li><li>• struck by/against</li><li>• caught in/on/between</li><li>• contact with/by/hot object/electric current</li><li>• overexertion/lifting/carry/hold/push/pull</li><li>• cut by</li><li>• amputation</li><li>• inhalation</li><li>• injured by hand tool not powered/or by power tool</li></ul> | <p>B. Type of Injury</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• cut</li><li>• bruise</li><li>• puncture</li><li>• abrasion</li><li>• strain</li><li>• sprain</li><li>• burn</li><li>• irritation</li><li>• swelling</li><li>• fracture</li></ul> | <p>C. Part of Body Injured<br/>(select as many as needed)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• thumb/finger/hand/wrist</li><li>• elbow/arm/shoulder</li><li>• toe/foot/ankle</li><li>• leg/knee/hip</li><li>• head/neck/face</li><li>• nose/eye/ear/throat</li><li>• chest/abdomen</li><li>• upper back/lower back</li><li>• respiratory</li></ul> |
|---|---|---|

### II. Description of Accident/Incident

Describe in as much detail as possible where and how the Accident/Incident happened. This section is for facts, not opinion. Statements the injured or witnesses made should be detailed. Use an additional piece of paper if more space is needed. Include sketches or photos if they help explain what happened.

### III. Accident/Incident Causes (see casual factors below)

Unsafe Acts, Conditions, and/or Personal Factors involved.

### IV. Recommendations

Once causes are identified, action must be taken to prevent the same thing from happening again. Realistic, yet effective, recommendations should be implemented. The form should be signed and dated by the appropriate supervisor.

### VI. Follow-up

List actions that have been taken and their respective completion date. Proper follow-up should continue on any incomplete recommendations.

---

---

### Accident/Incident Causal Factor(s)

#### A) Unsafe Act

1. Working or operating without authority
2. Working at unsafe speeds
3. Making safety devices inoperative
4. Taking unsafe position or posture
5. Unsafe manual materials handling
6. Using defective tools
7. Using hands instead of tools
8. Unsafe loading or unloading
9. Failure to use personal protective equipment (Be Specific)
10. Distracting, teasing or horseplay
11. Not following rules or instructions
12. Other (Give complete details)
13. No unsafe act

#### B) Unsafe Condition

1. Improperly guarded
2. Safety devices inoperative
3. Defective
4. Hazardous arrangement (incl. poor housekeeping)
5. Improper illumination
6. Improper ventilation
7. Lack of suitable personal protective equipment
8. Unsafe dress or apparel
9. Hazardous dust, gases or fumes
10. Other (Give complete details)
11. Environmental (i.e., wet, icy, slippery, hot, cold, etc.)
12. No unsafe condition

#### C) Unsafe Personal Factor

1. Improper attitude
2. Lack of required safety knowledge or skill
3. Defective eyesight
4. Defective hearing
5. Fatigue
6. Muscular weakness
7. Pre-existing heart weakness
8. Pre-existing hernia
9. Intoxicated (under the influence of alcohol, drugs, etc.)
10. Other (Give complete details)
11. Slow reaction time
12. No unsafe personal factor