

Vuelva a MCIM

Phone: 1.888.922.5246

Fax: 1.517.886.3499

INFORME BASICO DE LESIÓN DEL EMPLEADOR



Un patrón reportará inmediatamente a la oficina en la forma BWC-100 todas las lesiones, incluyendo las enfermedades, las cuales surgieron fuera de y en el curso del empleo, o en el cual se hace una reclamo y el resultado es el siguiente: (a) Inhabilidad que extiende más allá de siete (7) días consecutivos, no incluyendo la fecha de lesión. (b) Muerte. (c) Pérdidas específicas. En caso de muerte, un patrón también debe inmediatamente archivar un informe adicional en BWC-106.

I. DATOS DEL EMPLEADO

1. Número de Seguro Social	2. Fecha de lesión	3. Nombre		
4. Dirección		5. Ciudad	6. Estado	7. Código postal
8. Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)	9. Género <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra	10. Número de dependientes	11. Teléfono	
12. Estado al llenar los impuestos: <input type="checkbox"/> A. Soltero(a) <input type="checkbox"/> B. Soltero(a), Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Casado(a), Llenando juntos <input type="checkbox"/> D. Casado(a), LlenandoSeparado				

II. DATOS DEL EMPLEADOR/EMPRESA

13. Nombre del patrón		13b. MCIM Número De la Cobertura	14. Número de Identificación Federal	
15. Código de localización de lesión	16. Código de localización de correo	17. UI número	18. Tipo de negocio (SIC/NAICS)	
19. Dirección del patrón		20. Ciudad	21. Estado	22. Código postal
23. Nombre de la compañía de seguros (si el patron no esta autoasegurado)			24. Número de teléfono de la compañía de seguros (si lo sabe)	

III. DATOS DE LESION/MEDICO

25. Último día trabajado	26. Fecha que el empleado volvió a trabajar		27. ¿El empleado murió? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	28. Fecha de la muerte
29. Ciudad donde ocurrió	30. Estado donde ocurrió	31. Condado donde ocurrió la lesión	32. La lesión ocurrió en el local de la empresa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si es no, vea artículo 53)	
33. Número de registro del caso en OSHA/MIOSHA		34. Tiempo que el empleado comenzó a trabajar <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	35. Hora del acontecimiento <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. Si el tiempo no puede ser determinado, marque aquí <input type="checkbox"/>	
36. ¿Qué hacía el empleado momentos antes que ocurrió el incidente? Describa la actividad, así como las herramientas, equipo, o material que el empleado utilizaba. Sea específico.				
37. ¿Cómo ocurrió la lesión? Ejemplos: "cuando la escalera se resbaló en el piso mojado, el empleado cayó 20 pies"; "rociaron al empleado con cloro cuando la empaquetadura se rompió durante el reemplazo".				
38. Describa la naturaleza de la lesión o de la enfermedad			39. Parte del cuerpo afectado directamente por la lesión o la enfermedad	
40. ¿Qué objeto o sustancia dañó directamente al empleado? Ejemplos: el piso de concreto, cloro, sierra. Si esta pregunta no se aplica al incidente, déjelo en blanco.				
41. Nombre del médico u otro profesional del cuidado médico	42. ¿Trataron al empleado en un cuarto de emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		43. Fue el empleado hospitalizado y pasó la noche como internado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
44. ¿Si el tratamiento fue dado lejos de las obras, dónde fue dado? (incluya el nombre, la dirección, la ciudad, el estado y el código postal de la facilidad)				

IV. DATOS DE LA OCUPACIÓN Y DEL SALARIO

45. Fecha que empezó a trabajar	46. Salario semanal grueso total (mayor 39 de 52)	47. Número de las semanas usadas	48. Valor de franjas descontinuadas
49. Ocupación (Sea Específico)	50. ¿Era el empleado trabajador voluntario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	51. ¿Era el empleado certificado como incapacitado vocacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
52. Fecha que el empleado notificó al patron	53. Si es la agencia de servicio temporal, proporcione nombre/dirección del patrón donde ocurrió la lesión.		

V. LOS DATOS DEL PREPARADOR CERTIFICO QUE UNA COPIA DE ESTE INFORME SE HA DADO AI EMPLEADO

La fabricación de una declaración falsa o fraudulenta con el fin de obtener o de negar ventajas puede dar lugar al procesamiento criminal o civil, o ambas, y negación de las ventajas.

54. Nombre del preparador (imprima por favor o tipee)	55. Firma del preparador	56. Teléfono de preparador	57. La fecha que se preparó
---	--------------------------	----------------------------	-----------------------------

Aviso al empleado: Las preguntas o los errores se deben divulgar inmediatamente al individuo enumerado arriba en la línea 54