



**Any safety incidents or accidents call:
915-494-1531**

- Contact RMP Safety Coordinator at 915-494-1531 immediately after injury or incident.
- If situation is life threatening or employee is seriously injured, call 911 first, then call Safety Coordinator. RMP Safety Coordinator is available 24/7.
- RMP Safety Coordinator will arrange the following:
 - Employee medical care, if needed
 - Drug Screen
 - Accident / incident investigation and subsequent safety recommendations to client
- Client should allow Safety Coordinator to accident / incident site to complete RMP's investigation.
- RMP would request Client Supervisor, or designated Client employee complete Supervisor Accident / Incident Report Form as soon as possible.
- RMP would also request any witness to accident or incident complete the Witness Supplement Form or contact Safety Coordinator.
- Supervisor and Witness Reports should be faxed to 915-565-7688.

Accident Investigation Form

Affected Employee(s) Name(s) _____

Accident/Incident Date: _____ Time: _____

Date report to RMP: _____ Client Location: _____

Where did the incident happen? _____

What happened? _____

Was the employee injured? _____ If YES, where and what type of injury? _____

What kind of medical treatment was given? _____

Was anyone else injured? _____ If YES, please list and what type of injury? _____

Was property damage involved? _____ If YES, describe the damage: _____

Comments: _____

Supervisor name: _____ Phone number: _____

Form Completed by: Name/Title (print) Signature Date Signed

Employee Name (print) Signature Date Signed

Please FAX this completed form to RMP W/C department - (915)565-7688

**Accident / Incident Investigation
Refusal of Medical Attention Form**

Client Worksite: _____ Incident Date/time: _____

I. DESCRIBE THE INCIDENT - Please describe in detail, to the best of your knowledge, how the incident happened. Attach any drawings, sketches, photos, witness statements or any other information that you feel would be helpful.

II. CAUSE OF THE ACCIDENT - What caused this accident to happen?

III. PREVENTIVE MEASURES - What could prevent this type of incident from happening again?

Employee Signature

Printed Name

Date

Employee phone number

REFUSAL OF MEDICAL ATTENTION:

I am refusing medical attention at this time as I **Do Not** believe that my accident which occurred on (date) _____ warrants medical attention. I understand that I may change my mind if my condition worsens. If I later decide to seek medical attention, I will **immediately** notify RMP and provide them with all medical paperwork pertaining to my on-the-job accident.

Employee Signature

Date

Please FAX this completed form to RMP W/C department - (915)565-7688

Accident Investigation Form

Client Worksite: _____ Incident Date/Time: _____

I. DESCRIBE THE INCIDENT - In this section, please describe in detail, to the best of your knowledge, how the incident happened. Attach any drawings, sketches, photos, or any other information that you feel would be helpful.

II. CAUSE OF THE ACCIDENT - What caused this accident to happen?

III. PREVENTIVE MEASURES - What can be done to make sure this type of incident does not happen again?

Signature of Witness

Printed Name

Date

Please FAX this completed form to RMP W/C department - (915)565-7688

RMP

Departamento de Seguridad 915-494-1531

Reporte Del Empleado

Investigación de Accidente / Incidente

Sitio de Trabajo del Cliente: _____ Fecha/Tiempo del Incidente: _____

I. DESCRIBA EL INCIDENTE – Por favor de describir en detalle, lo mejor de su conocimiento, como paso el incidente. Mande cualquier dibujo, croquis, foto, afirmación de testigo, o información que usted crea ser útil.

II. CAUSA DEL ACCIDENTE – Que causo el accidente?

III. MEDIDAS PREVENTIVAS- Que se puede hacer para prevenir que pase este tipo de incidente otra vez?

Firma del Empleado _____ Nombre del Empleado (Letra de imprenta) _____ Fecha _____

Número de teléfono del empleado _____

RECHAZE DE ATENCION MÉDICA:	
<p>En este tiempo, Yo <u>NO CREO</u> que mi accidente, que ocurrió la fecha de: _____, Requiere atención médica y Yo rechazo atención médica a este tiempo. Yo entiendo que yo puedo cambiar de opinión si mi condición empeorarse. Si yo decido después buscar atención medica, Yo <u>inmediatamente</u> avisare a RMP y facilitare a RMP todos los documentos médicos que pertenecen a este accidente.</p>	
_____	_____
Firma del Empleado	Fecha

Por favor de mandar por fax al Departamento de RMP Workers Comp al (915)565-7688



WORKWELL, TX

Confirmación del empleado de la red de compensación para trabajadores

He recibido información que me indica cómo puedo obtener servicios médicos bajo el seguro de compensación para trabajadores de mi empleador.

Si sufro una lesión en el trabajo y vivo dentro del área de servicio que se indica en este paquete, comprendo que debo hacer lo siguiente:

- Debo elegir a un médico de tratamiento de la lista de médicos de la red. O bien, puedo solicitar al médico de cabecera de mi HMO que acepte actuar como médico de tratamiento. Si elijo como médico de tratamiento a mi médico de cabecera en la HMO, llamaré a Texas Mutual Insurance Company al (844) 867-2338 para notificar mi elección.
- Debo dirigirme al médico de tratamiento para todos los servicios médicos relacionados con mi lesión. Si necesito un especialista, el médico de tratamiento hará la derivación. Si necesito atención de emergencia, puedo dirigirme a cualquier lugar.
- Texas Mutual abonará al médico de tratamiento y a otros proveedores de la red por el tratamiento de mi lesión susceptible de compensación.
- Si recibo atención médica de un médico no perteneciente a la red, sin la aprobación previa de esta, es posible que tenga que pagar los costos.

La presentación intencional de reclamaciones falsas de compensación para trabajadores puede derivar en una investigación penal y tener como consecuencia sanciones penales, como multas y encarcelamiento.

Firma	Fecha	Nombre en letra de imprenta

Vivo en: _____
Dirección

Ciudad	Estado	Código postal

Nombre del empleador: _____

Nombre de la red: WorkWell, TX

Para el empleador:

Todos los empleados deben firmar este formulario al inicio del programa o dentro de los 3 días después de ser contratados, y al momento en que se produzca una lesión. Sírvase indicar en qué momento se firmó esta confirmación.

- Inicio del programa de la red (en toda la compañía)
- Notificación inicial al empleado (nuevo)
- Notificación de la lesión (fecha de la lesión: / /)

Conserve este formulario completo en el legajo de personal del empleado. Texas Mutual podría solicitarlo.