



RMPersonnel, Inc.
It's a people thing

**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



WORKWELL, TX

Employee Acknowledgment of Workers' Compensation Network

I have received information that informs me how to get health care under my employer's workers' compensation insurance.

If I am hurt on the job and live in a service area described in this packet, I understand that:

- I must choose a treating doctor from the list of doctors in the network. Or, I may ask my HMO primary care physician to agree to serve as my treating doctor. If I select my HMO primary care physician as my treating doctor, I will call Texas Mutual Insurance Company at (844) 867-2338 to notify them of my choice.
- I must go to my treating doctor for all health care for my injury. If I need a specialist, my treating doctor will refer me to a specialist. If I need emergency care, I may go anywhere.
- Texas Mutual will pay the treating doctor and other network providers for the treatment for my compensable injury.
- I may have to pay the bill if I get health care from someone other than a network doctor without prior network approval.

Knowingly making a false workers' compensation claim may lead to a criminal investigation that could result in criminal penalties such as fines and imprisonment.

Signature

Date

Printed name

I live at: _____

Street address

City

State

Zip code

Name of employer: _____

Name of network: WorkWell, TX

To the employer:

Each employee must sign this form when you begin the program or within 3 days of being hired, and at the time an injury occurs. Please indicate at which point this acknowledgement was completed.

- Initiating the network program (companywide)
- Initial employee notification (new hire)
- Injury notification (Date of injury: / /)

Keep this completed form in the employee's personnel file. It could be requested by Texas Mutual.

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:

En este tiempo, Yo NO CREO 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 inmediatamente avisare a RMP y facilitare a RMP todos los documentos médicos que pertenecen a este accidente.

Firma del Empleado

Fecha

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

Forma de Investigación

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, 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 Testigo

Nombre del Testigo (letra de imprenta)

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.