

DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y REGULACIÓN DE DAKOTA DEL SUR
DIVISIÓN DE TRABAJO Y ADMINISTRACIÓN
Teléfono: 605.773.3681 dlr.sd.gov
PRIMER INFORME DE LESIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES

EMPLEADO

1. Informe de inmediato a su empleador sobre la lesión, según lo exige SDCL 62-7-10.
2. Complete todas las preguntas de las secciones EMPLEADO y LESIÓN/TRATAMIENTO.
3. Firme el formulario.
4. Presente este formulario a su empleador dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a la lesión.

EMPLEADOR

1. Complete todas las preguntas en las secciones EMPLEADOR/EMPLEO.
2. Firme el formulario.
3. Presente este formulario a su aseguradora de compensación para trabajadores dentro de los siete (7) días posteriores a tener conocimiento de que ocurrió la lesión, según lo exige SDCL 62-6-2.
4. Entregue una copia del formulario al empleado lesionado.
5. Conserve una copia del Primer informe de lesión durante al menos cuatro (4) años a partir de la fecha de la lesión, según lo exige SDCL 62-6-1.

CÓDIGOS DE PARTES DEL CUERPO

02	Ceguera en un ojo	38	Hombro	75	Dedo medio en la articulación proximal
03	Ceguera en ambos ojos	41	Parte superior de la espalda	76	Dedo medio en la articulación media
04	Sordera en ambos oídos	42	Parte inferior de la espalda	77	Dedo medio en la articulación distal
05	Sordera en un oído	44	Pecho, incluidas las costillas, el esternón y los cartílagos costales	78	Dedo anular en el hueso metacarpiano
10	Lesión múltiple en la cabeza	48	Órganos internos, excepto el corazón y los pulmones	79	Dedo anular en la articulación proximal
11	Cráneo	49	Corazón	80	Dedo anular en la articulación media
12	Cerebro	51	Cadera	81	Dedo anular en la articulación distal
13	Oído(s)	52	Parte superior de la pierna	82	Meñique en el hueso metacarpiano
14	Ojo(s)	53	Rodilla	83	Meñique en la articulación proximal
17	Boca	54	Parte inferior de la pierna	84	Meñique en la articulación media
19	Cara (huesos faciales)	55	Tobillo	85	Meñique en la articulación distal
20	Lesión múltiple del cuello	56	Pie	86	Hueso metatarsiano del dedo gordo del pie
21	Vértebras	57	Dedo del pie (que no sea el gordo)	87	Dedo gordo del pie en la articulación proximal
22	Disco	58	Dedo gordo del pie	88	Dedo gordo del pie en la articulación distal
24	Otro	60	Pulmones	90	Lesión múltiple
31	Parte superior del brazo	61	Ingle	92	Hueso metatarsiano de otro dedo del pie
32	Codo	67	Hueso metacarpiano del pulgar	93	Otro dedo del pie en la articulación proximal
33	Parte inferior del brazo (antebrazo)	68	Pulgar en la articulación proximal	94	Otro dedo del pie en la articulación media
34	Muñeca	69	Pulgar en la articulación distal	95	Otro dedo del pie en la articulación distal
35	Mano	70	Dedo índice en el hueso metacarpiano	96	Hueso metatarsiano del meñique del pie
37	Pulgar	71	Dedo índice en la articulación proximal	97	Meñique del pie en la articulación distal

CÓDIGOS DE CAUSA DE LESIÓN

01	Reacción corporal/reacción excesiva (incluye sustancias químicas)	70	Golpearse contra algo o pisar algo
03	Temperaturas extremas	78	Golpeado o lesionado por partes móviles de una máquina
13	Atrapado en, debajo de o entre	81	Golpeado o lesionado; incluye cuchillo u objeto afilado, patada, mordida, etc. – golpeado por objeto, trabajador, paciente, etc.
25	Caída desde una altura	89	Ataque hostil: persona en la comisión de un delito
29	Caída al mismo nivel	90	Causa de lesión distinta de una causa física
50	Vehículo motorizado	94	Movimiento repetitivo – callo, ampolla, etc.
56	Agacharse/levantar	97	Movimiento repetitivo: síndrome del túnel carpiano, etc.
65	Maquinaria/equipo	99	Otro

CÓDIGOS DE NATURALEZA DE LA LESIÓN

00 No corresponde
02 Alergia
03 Desfiguración
71 Ocupación
72 Pérdida auditiva por enfermedad

EMPLEADO

NSS: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F Dependientes: _____

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellidos: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Educación:	Sin completar la escuela secundaria	GED o diploma de escuela secundaria	Estudios posteriores a la escuela secundaria
------------	--	--	---

Parte del cuerpo lesionada (consulte los códigos a continuación): _____

Si el código es 90, lesión múltiple: _____

(Especifique todos los códigos correspondientes a cada parte del cuerpo lesionada)

Naturaleza de la lesión: _____

Causa de la lesión: _____

LESIÓN / TRATAMIENTO

Fecha de la lesión: _____ Hora de la lesión: _____ a. m. p. m. Fecha de fallecimiento: (si corresponde) _____

Condado donde ocurrió la lesión: _____ ¿Se proporcionó equipo de seguridad? S N

Hora de inicio de la jornada laboral en la fecha de la lesión: _____ a.m. p.m. ¿Se usó equipo de seguridad? S N

Fecha de regreso al trabajo (si corresponde): _____ ¿Ocurrió la lesión en las instalaciones del empleador? S N

Dirección o lugar de la lesión: _____

Descripción de la lesión: (adjunte una hoja adicional si es necesario)

Fecha en que se notificó al empleador sobre la lesión: _____

Persona a quien se informó de la lesión: _____ Testigo: _____

Tipo de tratamiento (elijá UNO)	Si solicitó tratamiento, especifique el proveedor del tratamiento:
Sin tratamiento	Nombre del profesional médico, de la clínica o del hospital:
Tratamiento en el lugar	Dirección postal: _____
Clínica	Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Sala de emergencias	Número de teléfono: _____
Hospitalización	

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR/DEL EMPLEO

N.º de identificación federal: _____ Empleados: _____
Nombre del empleador (DBA): _____
Dirección postal: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____ Condado del empleador: _____
Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Tipo de empleo: Regular o Temporal
Condición laboral del empleado: Tiempo completo Tiempo parcial de temporada Voluntario
Fecha de contratación del empleado: _____
Puesto del empleado: _____ Antigüedad del empleado en el puesto actual: _____
Horas del empleado por semana: _____ Salario actual del empleado: \$ _____ por _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA DE RECLAMOS – NO COMPLETE NADA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

NAICS del empleador asegurado (naturaleza del negocio): _____
Código de la aseguradora: _____ FEIN (oficina de reclamos) _____
Oficina de reclamos: _____
Dirección de la oficina de reclamos: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Número de reclamo de la oficina de reclamos: _____ Número de póliza: _____
Fechas de vigencia: _____
Fecha de notificación: _____ Fecha de envío al DLR: _____
Ajustador/persona de contacto: _____

Marque si la oficina de reclamos es la misma que el proveedor de seguros (si no, debe completar la siguiente información).

Código de la aseguradora: (si corresponde) _____ FEIN (proveedor de seguros) _____
Nombre de la entidad representada: _____
Dirección postal: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____