

Universidad de New Hampshire Reporte de Herida o Enfermedad

Es requisito de la UNIVERSIDAD que ESTE REPORTE DE ENFERMEDAD o HERIDA SEA PROPORCIONANDO DENTRO DE 24 HORAS DE la OCURRENCIA. Este reporte debe ser completado en su totalidad y telecopiado (862-1222) a la Coordinadora de Recursos Humanos, Compensación del Trabajadores, 2 Leavitt Lane. La omisión de información podría tener como resultado una demora de beneficios.

El EMPLEADO DEBE COMPLETAR ESTAS SECCIONES:

EMPLOYEE DATA	Nombre de empleado (imprimir) :		Numero de identificación :		
	Dirección:		Numero de teléfono de la casa () Célular ()		
	Ciudad / estado / código postal:		Sexo: <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Masculino	La fecha de nacimiento:	
	Departamento / ubicación:		Numero de teléfono del departamento: ()		
	Título de la posición:		La fecha de comienzo del contrato de trabajo:		
	El nombre del supervisor (imprimir) :		Teléfono del supervisor: ()		
	Posición con beneficios () Posición sin beneficios () Estudiante ()		() Horas por día	() Horario de la semana	() Horas semanales totales

EMPLOYEE STATEMENT	Especificar Herida / Enfermedad / Exposición:		La fecha de la Herida / Enfermedad: Hora: <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm	La Parte del cuerpo (las Partes) Afectada: <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha	
	La localización donde la herida o enfermedad ocurrió:			¿Hubo algún tiempo perdido?	
	¿Qué equipo, materiales, o sustancias químicas causaron la herida/enfermedad? :			¿Quién presenció esta herida?	
	Explique en detalla cómo la herida ocurrió. Incluya las actividades/tareas específicas realizadas cuando la herida ocurrió:				
	Tratamiento médico proporcionado por: ___ Primeros auxilios, ningún cuidado médico necesario ___ Seacoast Redi-Care ___ Occupational Health Services/Pease Tradeport ___ UNH Health Services ___ Médico privado (el Nombre & Teléfono#) _____ ___ Hospital, salón de emergencia (Lugar) _____ ___ Otro: (El Nombre de proveedor & Teléfono#) _____				
Firma del empleado:			La Fecha de hoy:		

EMPLOYER'S INVESTIGATION AND STATEMENT (EMPLOYER COMPLETES) (EMPLEADOR COMPLETA):

EMPLOYER	After the investigation, explain in detail how the injury/illness occurred and the specific activity being performed:	
What was the injury, illness or exposure?		

INITIAL CAUSE	CONTRIBUTING FACTORS AND ACTIVITIES	PREVENTIVE ACTIONS
<input type="checkbox"/> Struck by or against object (indicate) <input type="checkbox"/> Caught in/under/ between <input type="checkbox"/> Fall / Slip / Trip <input type="checkbox"/> Material handling or lifting <input type="checkbox"/> Repetitive motion <input type="checkbox"/> Chemical exposure <input type="checkbox"/> Body fluid exposure: ___ Needle stick ___ Sharps <input type="checkbox"/> Animal bite <input type="checkbox"/> Other, Explain _____ _____ _____	Equipment <input type="checkbox"/> Equipment failure <input type="checkbox"/> Equipment unavailable <input type="checkbox"/> Improper equipment or material used for job Personal protective equipment <input type="checkbox"/> Not worn <input type="checkbox"/> Not readily available <input type="checkbox"/> Not adequate for the task <input type="checkbox"/> Personal protective equipment failure Training/Experience <input type="checkbox"/> Lack of training <input type="checkbox"/> Safety training provided, not followed <input type="checkbox"/> New task for employee or lack of experience Work Area <input type="checkbox"/> Work area set up improperly <input type="checkbox"/> Inadequate lighting or noise issues <input type="checkbox"/> Housekeeping issues <input type="checkbox"/> Environmental factors (rain, wind, temp. etc)	<input type="checkbox"/> Ventilation issues <input type="checkbox"/> Ergonomic factors Employee <input type="checkbox"/> Physically not able to do work <input type="checkbox"/> Employee fatigue <input type="checkbox"/> Unbalanced or poor position or motion <input type="checkbox"/> Incorrect procedures used for task <input type="checkbox"/> Other unsafe practice Assistance <input type="checkbox"/> Difficult to perform task without help <input type="checkbox"/> Safety features or devices not readily available <input type="checkbox"/> Assistive devices not used <input type="checkbox"/> Lack of policy/procedure <input type="checkbox"/> Animal (explain below) <input type="checkbox"/> Other (explain) _____ _____ _____ _____
SUPERVISOR WILL: <input type="checkbox"/> Develop/revise safety procedures <input type="checkbox"/> Request ergonomic evaluation assistance <input type="checkbox"/> Order new equipment <input type="checkbox"/> Order new personal protective equipment <input type="checkbox"/> Remove equipment from use and repair/replace <input type="checkbox"/> Schedule preventive maintenance <input type="checkbox"/> Will retrain employee before task is re-assigned <input type="checkbox"/> Perform on-site review of work activity, update job safety analysis <input type="checkbox"/> Reconfigure work area <input type="checkbox"/> Communicate corrective actions to others in job category <input type="checkbox"/> Other _____ _____ _____		
Preventive actions will be completed by: Name _____ Expected date of completion _____		
Use additional pages as needed		

SUPERVISOR OR MANAGER COMPLETING THIS FORM Print Name: _____	Signature: _____	Phone Number: _____	Date of Investigation: _____
--	------------------	---------------------	------------------------------