

FAS, INC.
FREEMAN ADMINISTRATIVE SOLUTIONS, INC.
P.O. BOX 2309
ADDISON, TX 75001-2309
TELÉFONO: 972-930-9493 O GRATUITO 866-930-9493
Fax: 972-930-9479 o Email: CLAIMS@FASTPA.COM

PROCEDIMIENTOS PARA REPORTAR ACCIDENTES

Cuando ocurre una lesión (o lesión alegada):

- Asegure que el empleado lesionado recibe **atención médica inmediatamente** y llene el formulario inicial “**Autorización Por Tratamiento Médico**”, incluyendo la sección “Revisión de Drogas / Alcohol”. El formulario necesita ser enviado con el empleado lesionado a la instalación médica.
- Mande al empleado a una instalación médica de accidentes ocupacionales aprobada.

Inmediatamente al ser notificado de un incidente:

- Llene y firme **La Declaración del Empleado de Lesión**.
- Llene el **Informe del Supervisor de Incidente**.
- **Autorización para la Liberación de Registros Médicos**
- **Liberación de Registros Médicos**
- Asegure que todos los testigos llenen la **Declaración de Testigo**.

Revise los formularios y asegure que están completos, firmados y tienen su número de Póliza listada. HAGA COPIAS DE LOS FORMULARIOS ATADOS PARA SUS EXPEDIENTES Y PARA SU USO EN EL FUTURO.

Una vez que ha terminado a los formularios, inmediatamente envíelos por **fax** o **electrónico**:

Fax: 972-930-9479 o Email: CLAIMS@FASTPA.COM

Los accidentes resultando en muerte o lesión grave deben ser reportados inmediatamente por teléfono. Llame al 972-930-9493 o Gratuito al 1-866-930-9493.

Después que FAS, Inc. ha recibido el aviso y los formularios llenados, usted será contactado para asistirnos con la investigación del reclamo. Todas las facturas médicas deben ser sometidas a nosotros para aprobación y auditoria de las facturas antes de ser pagadas.

Si usted tiene algunas preguntas con respecto a un reclamo, no se detenga en llamarnos al 1-866-930-9493 entre las 8:00 AM. y 5:00 PM. de lunes a viernes.

FAS, Inc.

Neceser de Reclamos

Incluye:

Procedimientos para Reportar Accidentes

AVISOS DEL INFORME:

DECLARACIÓN DEL EMPLEADO DE LESIÓN

INFORME DEL SUPERVISOR DE INCIDENTE

DECLARACIÓN DE TESTIGO

AUTORIZACIÓN POR TRATAMIENTO MÉDICO Y

INFORME DEL MÉDICO

AUTORIZACIÓN MEDICA

DISMINUCION DE TRATAMIENTO MEDICO DE FORMA

REVÍSELOS PARA LO COMPLETO

FAX O E-MAIL LOS AVISOS DEL INFORME A:

FAS

FAX: (972) 930-9479 o Email: CLAIMS@FASTPA.COM

PREGUNTAS:

Si usted tiene algunas preguntas en lo que concierne cualquiera de estos formularios, favor de ponerse en contacto con nuestra oficina al (866) 930-9493 entre las 8:00 AM. y 5:00 PM., de lunes a viernes.

DECLARACIÓN DEL EMPLEADO DE LESIÓN

ESTE INFORME DEBER SER LLENADO EN TOTAL POR EL EMPLEADO

Envíe este formulario llenado por fax o e-mail a FAS, Inc. (972) 930-9479 o Email: CLAIMS@FASTPA.COM

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR:

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO TX CÓDIGO POSTAL _____
TELÉFONO (____) _____ FAX (____) _____ PÓLIZA # _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO:

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ NO. DE SEGURO SOCIAL _____

DIRECCIÓN PARTICULAR _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ TELÉFONO (____) _____

INSTALACIÓN _____ OCUPACIÓN _____

FECHA DEL INCIDENTE _____ DÍA DE LA SEMANA _____ TIEMPO DEL TURNO DE TRABAJO _____
COMENZADO _____

FECHA EN QUE LA LESIÓN FUE REPORTADA AL GERENTE _____ TIEMPO REPORTADA _____

DIRECCIÓN DE LESIONES DONDE OCURRIÓ _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ TELÉFONO (____) _____

UBICACIÓN EXACTA / ÁREA DONDE LESIONADO _____

DESCRIBA AL APARATO / EQUIPO INVOLUCRADO _____

DESCRIBA QUE ESTABA HACIENDO AL TIEMPO DEL INCIDENTE _____

DESCRIBA COMPLETAMENTE COMO OCURRIÓ EL INCIDENTE _____

¿CORRESPONDÍA UN DISPOSITIVO DE SEGURIDAD? SÍ NO ¿FUE UTILIZADO? SÍ NO

¿FUE LA LESIÓN CAUSADA POR LA FALTA DE USAR O OBSERVAR LAS REGLAS O REGLAMENTOS DE SEGURIDAD? SÍ NO
SI CONTESTA "SÍ", CUAL FUE LA REGLA _____

DESCRIBA LA NATURALEZA DE LA LESIÓN _____

PARTE(S) DEL CUERPO INVOLUCRADO(S) _____

¿HA TENIDO LA MISMA LESIÓN O UNA SIMILAR ANTES? SÍ NO SI CONTESTA "SI", DÉ LOS DETALLES _____

Yo, _____ (Empleado), el suscrito por el presente DOY FE que las declaraciones y respuestas anteriores en el presente formulario son completas y ciertas, y que no ha sido omitida cualquier información, y que yo hago tales declaraciones y respuestas de mí propia voluntad libre. Yo entiendo que mi empleador no tiene contratado seguro de Compensación de Trabajadores, y además, que cualesquiera pagos hechos a mí o a cualquier otra persona por gastos en conexión con el presente incidente y resultando en lesión no es una admisión de responsabilidad por parte de mi Empleador.

Firma del Empleado _____ Testigo: _____ Fecha: _____

Traducido por (sí corresponde) _____ Fecha: _____

Cualquier persona quien de manear cómplice y / o con intenciones de dañar, defraudar, o engañar a una empresa de seguros o cualquier persona que registra una declaración de reclamo conteniendo información falsa, incompleta o engañosa, puede ser culpable de fraude de seguros y ser sujeto a penas criminales y penas civiles sustanciales.

INFORME DEL SUPERVISOR DEL INCIDENTE

Este informe deberá ser completada en su totalidad por el EMPLEADOR

Envíe este formulario llenado por fax o e-mail a FAS, Inc. (972) 930-9479 o Email: CLAIMS@FASTPA.COM

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR: _____ PÓLIZA # _____
UBICACIÓN: (SI ES DIFERENTE QUE ARRIBA) _____ UBICACIÓN # _____
DEPARTAMENTO: _____ TÍTULO DEL TRABAJO: _____ TELÉFONO PARTICULAR ____ / ____ / ____
DÍAS PROGRAMADOS POR SEMANA: _____ HORAS / DÍAS PROGRAMADO: ____ TASA POR HORA: _____
TIEMPO PERDIDO DEL TRABAJO: SÍ NO PRIMER DÍA PERDIDO: ____ / ____ / ____
FECHA EN QUE REGRESÓ AL DEBERES TOTALES DEBERES MODIFICADOS: ____ / ____ / ____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

NOMBRE: _____ NO. DE SEGURO SOCIAL: _____
DIRECCIÓN PARTICULAR: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO: (____) _____
GÉNERO HOMBRE MUJER IDIOMA PREFERIDO SI NO ES INGLÉS: _____

BÁSICA PERJUICIO DE INFORMACIÓN

FECHA DEL INCIDENTE: ____ / ____ / ____ DÍA DE LA SEMANA: _____ TIEMPO DEL INCIDENTE: _____ AM. PM.
FECHA REPORTADO: ____ / ____ / ____ DÍA DE LA SEMANA: _____ TIEMPO REPORTADO: _____ AM. PM
NOMBRE DE SUPERVISOR CUANDO LESIONES OCURRIÓ: _____ TELÉFONO DE CONTACTO #: (____) _____
DESCRIBA LA NATURALEZA DE LA LESIÓN DEL EMPLEADO: _____
PARTE DEL CUERPO (S) INVOLUCRADOS: _____
DESCRIBA EQUIPO IMPLICADOS: (SI ALGUNA) _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ TELÉFONO: (____) _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
EMPLEADO? SÍ NO TÍTULO: _____ DEPARTAMENTO: _____ TELÉFONO DE TRABAJO: (____) _____
NOMBRE: _____ TELÉFONO: (____) _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
EMPLEADO? SÍ NO TÍTULO: _____ DEPARTAMENTO: _____ TELÉFONO DE TRABAJO: (____) _____

SUMINISTRADOR MÉDICO

NOMBRE DE LA CLÍNICA / HOSPITAL / MÉDICO: _____ TELÉFONO: _____
SI NO ES UN SUMINISTRADOR DESIGNADO, FAVOR DE LLENAR LO SIGUIENTE -
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

Yo Doy fe que las declaraciones y respuestas anteriores en el presente formulario son completas y ciertas, y que no ha sido omitida cualquier información.

FIRMA DEL SUPERVISOR / GERENTE LLENANDO EL INFORME

Nombre Con Letras de Imprenta del Supervisor / Gerente

X

Firma del Supervisor / Gerente

Fecha

DECLARACIÓN DE TESTIGO

Envíe este formulario llenado por fax o e-mail a FAS, Inc. (972) 930-9479 o Email: CLAIMS@FASTPA.COM

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: TX CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: (____) _____ FAX: (____) _____ PÓLIZA # _____

NOMBRE DEL TESTIGO _____ TELÉFONO PARTICULAR _____

DIRECCIÓN PARTICULAR _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TÍTULO _____ DEPARTAMENTO _____ TELÉFONO DE TRABAJO _____

FECHA DEL INCIDENTE _____ TIEMPO DE INCIDENTE _____ A.M. P.M

ESTA DECLARACIÓN ES CON RESPECTO A MÍ CONOCIMIENTO DEL INCIDENTE ALEGADO.

1. NOMBRE DEL EMPLEADO LESIONADO: _____
2. SI USTED NO ES EMPLEADO, LA RAZÓN POR SU PRESENCIA EN LA UBICACIÓN: _____

3. ¿ES USTED PARIENTE DEL EMPLEADO LESIONADO? _____ ¿COMO? _____
4. ¿QUE TANTO TIEMPO HA CONOCIDO A ESTE EMPLEADO? _____
5. FAVOR DE EXPLICAR DETALLOSAMENTE QUE CONOCE DE ESTE INCIDENTE: (DÉ LOS NOMBRES DE INDIVIDUOS, OBJETOS O EQUIPOS ESPECÍFICOS) _____

6. ¿ACTUALMENTE VEO EL INCIDENTE? _____ SI NO FUE ASÍ, ¿CÓMO OYÓ DEL INCIDENTE? _____

7. ¿SABE USTED DE CUALQUIER OTRA LESIÓN, INCIDENTE O ENFERMEDAD QUE ESTE EMPLEADO HA TENIDO? _____ SI
CONTESTO "SI", EXPLÍQUELO: _____

8. DÉ LOS NOMBRES Y LAS DIRECCIONES DE CUALESQUIERA OTRAS PERSONAS QUIENES PUEDEN SABER DE ESTE INCIDENTE:

9. OBSERVACIONES ADICIONALES: _____

Yo DOY FE que las declaraciones y respuestas anteriores en el presente formulario son completas y ciertas, y que no ha sido omitida cualquier información.

Testigo: _____

Firma

Fecha: _____

Verificado por: _____

Firma

Fecha: _____

Traducido Por (Si Corresponde): _____ Fecha: _____

Cualquier persona quien de manear cómplice y / o con intenciones de dañar, defraudar, o engañar a una empresa de seguros o cualquier persona que registra una declaración de reclamo conteniendo información falsa, incompleta o engañosa, puede ser culpable de fraude de seguros y ser sujeto a penas criminales y penas civiles sustanciales.

AUTORIZACIÓN POR TRATAMIENTO MÉDICO

Este informe deberá ser completada en su totalidad por el empleador.

Envíe este formulario llenado por fax o e-mail a FAS, Inc. (972) 930-9479 o Email: CLAIMS@FASTPA.COM

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: TX CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: (____) _____ FAX: (____) _____ PÓLIZA # _____

Nombre del Empleado: _____ Número de Seguro Social: _____

Al: Suministrador Aprobado

El anteriormente referido empleado ha reportado sosteniendo una lesión / enfermedad ocupacional relacionada a su o suya empleo. Usted está autorizado para suministrar tratamiento y/o servicios de por receta necesarios desde el punto de vista médico para condiciones relacionadas a la lesión / enfermedad reportada.

Tipo de Lesión _____

Sus cargos por los servicios necesarios del punto de vista médico serán pagados directamente por el Empleador. Para facilitar el pago rápido, someta su documento de facturación y una copia del Informe (solamente médicos) a:

FAS, Inc.
P O Box 2309
Addison, TX 75001

Solicitaciones en lo que concierne el tratamiento y la facturación deben ser dirigidas a *FAS, Inc.* al (866) 930-9493. Por autorización para liberar los registros médicos y otra información relacionada a la lesión / enfermedad ocupacional del empleado arriba, refiérase al Formulario 6, Autorización Para Liberación de Registros Médicos.

Se Requiere Revisión de Drogas / Alcohol Sí No

Si esta caja está firmada y fechada, el empleado está requerido someterse a una revisión de drogas / alcohol la cual es solamente para el examen inicial y tratamiento de emergencia de la lesión notada arriba. Favor de conducir una revisión de drogas / alcohol para su panel de sustancias controladas y alcohol, además que tratando a la lesión / enfermedad ocupacional. Los resultados de la revisión de drogas / alcohol deben ser reportados solamente al Empleador.

Nombre Con Letras de Imprenta del Supervisor/Gerente

X _____
Firma del Supervisor/Gerente

Fecha

INFORME DEL MÉDICO DE LA LESIÓN DEL EMPLEADO

Favor de estar avisado que este empleador no tiene contratado seguro de compensación de empleados. Si vuelve ser necesario hacer referencia a otro médico por tratamiento o opinión, favor de suministrar tal información a nosotros antes de la referencia para autorización adicional. Todas las facturas por tratamiento médico autorizado o cualesquiera solicitudes en lo que concierne la autorización por tratamiento deben ser dirigidas a:

Para Entregar A :

FAS, Inc.
P O BOX 2309
Addison, TX 75001-2309

Teléfono
Fax
Email:

(866) 930-9493
(972) 930-9479
CLAIMS@FASTPA.COM

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: TX CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: (____) _____ FAX: (____) _____ PÓLIZA # _____

Nombre de Empleado Lesionado: _____

1. Fecha de lesión: _____ Fecha en que se prestó el primer tratamiento: _____

2. Descripción del incidente: _____

3. Quejas iniciales: _____

4. Diagnóstico: _____

5. Naturaleza, extenso, grado, lugar en el cuerpo de la lesión _____

6. Tratamiento prescrito y pronóstico: _____

7. Medicamento recetado: _____

8. Plazo probable de confinamiento en hospital: (si corresponde) _____

9. Rayos – X tomados Sí No Si contesta "Sí", los resultados fueron: Positivo Negativo _____

10. Pruebas de laboratorio Sí No Describa al procedimiento y los resultados: _____

11. ¿Había alguna prueba de lesión o enfermedad previa o pre-existente? Sí No Si contesta "Sí", ¿que condición y a que extenso puede contribuir a la incapacidad o la recuperación? _____

12. Con intenciones de ayudar a los empleados regresar al trabajo más rápido después de una lesión / enfermedad, esta disponible un programa de deberes limitados.

- Este Empleado Puede regresar al trabajo hoy sin restricciones
 Puede regresar al trabajo hoy con restricciones como indicado abajo por _____ días
 No puede regresar al trabajo hasta _____

13. Si se requiere restricciones en o fuera del trabajo, favor de indicar abajo:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No estar de pie más que _____ horas | <input type="checkbox"/> No levantar más que _____ lb. |
| <input type="checkbox"/> No trabajo que requiere percepción de profundidad /conducir | <input type="checkbox"/> No agacharse/doblarse/retorcerse |
| <input type="checkbox"/> No alcanzar arriba de la altura de los hombros | <input type="checkbox"/> No caminar más que _____ horas |
| <input type="checkbox"/> No usar la mano D/I /extremidades superiores | <input type="checkbox"/> No portar peso en el pie D/I |
| <input type="checkbox"/> No treparse más que _____ horas | <input type="checkbox"/> Debe usar muletas / tablilla |
| <input type="checkbox"/> No empujar / estirar más que _____ lb. | <input type="checkbox"/> No operación de maquina / equipo |
| <input type="checkbox"/> Mantenga la herida; limpia, seca _____ días | <input type="checkbox"/> No exposición a (especifique, por ejemplo polvos, químicos) _____ |

14a. Liberado a deber restringido _____, 20 _____. 14b. Liberado para deberes regulares: _____, 20 ____

15. ¿Requerirá el empleado tratamiento médico adicional? Sí No Si contesta Sí, la fecha de la próxima cita: _____, 20 ____

16. Comments: _____

17. FIRMA DEL MÉDICO; incluyendo títulos o credenciales:
(Yo doy fe que los estados aplican a la presente factura y son hechos una parte de eso.)

FIRMADO

FECHA

18. DIRECCIÓN DEL MÉDICO, CÓDIGO POSTAL & TELÉFONO:

PIN#

GRP#

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Envíe este formulario llenado por fax o e-mail a FAS, Inc. (972) 930-9479 o Email: CLAIMS@FASTPA.COM

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR: _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: TX CÓDIGO POSTAL: _____
TELÉFONO: (____) _____ FAX: (____) _____ PÓLIZA # _____

Por el presente yo autorizó a _____ [nombre of médico, hospital o suministrador de asistencia médica] que suministre a Freeman Administrative Services, Inc., sus empleados, agentes, y representantes autorizados (de aquí en adelante individualmente y colectivamente referido a "FAS"), cualquier y todos de mis registros médicos y información relacionada a mí atención y tratamiento como el resultado de mí lesión, enfermedad, y / o reclamo por beneficios. Los registros médicos y la información relacionada incluyen, pero no son limitados a, los historiales médicos, informes, estadísticas, notas, cartas, rayos x, películas, MRIs, CT scans y informes, facturas desglosadas con los códigos de tratamiento, seguros y registros de reclamos, correspondencia, pagos, consultas, exámenes, recetas, diagnosis, pruebas, y tratamientos.

Yo entiendo que se está obteniendo esta información para asistir en la evaluación de mí reclamo por beneficios.

Yo entiendo que se puede usar esta información para ajustar, describir, o reportar asuntos en lo que concierne mí atención y tratamiento a personas intitulas a recibir esta información.

Yo entiendo que puedo revocar esta autorización a cualquier momento por medio de enviar aviso por escrito a FAS salvo al extenso que FAS y _____ [nombre del médico, hospital o suministrador de asistencia médica] hayan tomado acción en dependencia de esta autorización.

Yo entiendo que la información usada o revelada de acuerdo con esta autorización puede ser sujeta a revelación además y ya no protegida por los reglamentos federales de privacidad de información de salud. Sin embargo, FAS puede tomar precauciones para mantener la confidencialidad de la información revelada de acuerdo con esta autorización. Por el presente yo liberó a FAS de cualquier responsabilidad o pérdida debido a la liberación de cualquier tal información.

Esta autorización se vence un año desde la fecha de esta autorización o de la fecha en cual mí reclamo está cerrado finalmente, el cual ocurre primero.

Nada contenido aquí dentro afectará el tratamiento, pago, inscripción, o el derecho a beneficios de acuerdo con todas las leyes competentes.

Yo ha tenido la oportunidad para leer y considerar el contenido de esta autorización. Yo confirmo que el contenido es consistente con mis direcciones. Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez como el original.

Firmado

Fecha

Nombre: _____

de SS _____

Dirección: _____

Teléfono: (____) _____

Parentesco o Autoridad del Representante Personal (si corresponde)

DISMINUCION DE TRATAMIENTO MEDICO DE FORMA

Envíe este formulario llenado por fax a FAS, Inc. FAX (972) 930-9479 o CLAIMS@FASTPA.COM

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR: _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: TX CÓDIGO POSTAL: _____
TELÉFONO: (____) _____ FAX: (____) _____ PÓLIZA # _____

Yo _____ decide rechazar un tratamiento médico que se ha ofrecido a mí por una lesión que se sustentó en _____. Soy consciente de que por un tratamiento médico en declive en este momento que mi empleador _____ no será responsable por cualquier gasto médico o de la pérdida de salarios a menos que específicamente aprobados por _____.
Empleador

Empleado

Empleador Representante

Fecha