

Primer reporte de lesión o enfermedad  
ocupacional del Trabajador  
(Vea instrucciones al dorso - Deje las casillas 1 y 2 en blanco)

Departamento de Trabajo de los Estados Unidos  
Administración de Normas en el Empleo  
Oficina de Programas de Compensación de los Trabajadores



OMB N° 1215 - 0031

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                                                                                                                                                                                        |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 1. N° OWCP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 2. N° de proveedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                  | 3. Fecha y hora del accidente<br>(mm/dd/aaaa) (hh/mm am/pm)                                                                                                                                            |                                        |
| 4. Nombre del empleado herido/fallecido<br>(escriba a máquina o con letra clara - primer nombre, nombre medio, apellido)<br>Teléfono                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  | 5. Dirección del empleado (n°, calle, ciudad, estado, código ZIP)                                                                                                                                      |                                        |
| 6. La lesión se reporta al amparo de la siguiente ley (marque una)<br>A <input type="checkbox"/> Longshore and Harbor Workers Compensation Act (Ley de Compensación de Trabajadores Portuarios)<br>B <input type="checkbox"/> Defense Base Act (Ley de Base de la Defensa)<br>C <input type="checkbox"/> Nonappropriated Fund Instrumentalities Act (Ley de Instrumentalidades de Fondos no Asignados)<br>D <input type="checkbox"/> Outer Continental Shelf Lands Act (Ley de Territorios en la Plataforma Continental Exterior) |  | 7. Indique dónde ocurrió la lesión (exclusivamente Longshore Act) (Marque una)<br>A <input type="checkbox"/> A bordo de un navío o en aguas navegables<br>B <input type="checkbox"/> En embarcadero o muelle<br>C <input type="checkbox"/> En dique seco<br>D <input type="checkbox"/> En Terminal marina<br>E <input type="checkbox"/> En Camino de construcción<br>F <input type="checkbox"/> En Ferrocarril marino<br>G <input type="checkbox"/> En otra área adyacente |                                                                  | 8. Sexo<br><input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M                                                                                                                                       |                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  | 9. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)                                                                                                                                                                    |                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  | 10. N° de Seguridad Social (exigido por ley)                                                                                                                                                           |                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  | 11. ¿Fue la lesión causa de defunción?<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - En caso afirmativo, pase directamente a la casilla 16                                              |                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  | 12. ¿La lesión causó pérdida de tiempo de mayor duración que una jornada o el desplazamiento por el accidente?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                              |                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  | 13. Fecha y hora en que se produjo la primera pérdida de tiempo del empleado como consecuencia de la lesión<br>(mm/dd/aaaa) (hh/mm am/pm)                                                              |                                        |
| 14. ¿Dejó el empleado de trabajar inmediatamente?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 15. Fecha y hora en que el empleado regresó al trabajo (mm/dd/aaaa) (hh/mm am/pm)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                  | 16. ¿Estaba el empleado realizando su trabajo habitual cuando se produjo la lesión/defunción? (En caso negativo, explique en la casilla 26)<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                                        |
| 17. ¿Se produjo la lesión/defunción en las instalaciones del empleador?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 18. Departamento en el que trabaja(ba) habitualmente el empleado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                  | 19. Puesto                                                                                                                                                                                             |                                        |
| 20. Fecha y hora en la que se dejó de pagar al empleado (mm/dd/aaaa) (hh/mm am/pm)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 21. ¿Cuáles eran habitualmente los días trabajados por semana? (marque los días con una X) D L M X J V S<br>[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                  | 22. Fecha en la que el empleador o encargado fue informado del accidente (mm/dd/aaaa) (hh/mm am/pm)                                                                                                    |                                        |
| 23. Salario o ingresos (incluirl horas extras, complementos salariales, etc)<br>a. A la hora<br>b. Al día<br>c. A la semana<br>d. Al año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 24. Lugar exacto en el que se produjo el accidente (Vea las instrucciones al dorso). En esta casilla se debería especificar el área si el accidente sucedió durante el empleo marítimo y se produjo en un área adyacente a aguas navegables)                                                                                                                                                                                                                               |                                                                  | 25. ¿Cómo se conoció la existencia del accidente o la enfermedad ocupacional?                                                                                                                          |                                        |
| 26. Describa con detalle cómo se produjo el accidente. (Narre los sucesos que provocaron la lesión o enfermedad ocupacional. Indique qué estaba haciendo el empleado lesionado en el momento del accidente. Indique qué ocurrió y cómo ocurrió. Detalle cualquier objeto o sustancia implicados e indique de qué modo lo estaban. Proporcione detalles completos de todos los factores que dieron lugar a o contribuyeron al accidente).                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                                                                                                                                                                                        |                                        |
| (Use hojas adicionales si es necesario y adjúntelas a este reporte)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                                                                                                                                                                                        |                                        |
| 27. Naturaleza de la lesión (Indique la parte del cuerpo afectada - pierna izquierda fracturada, pulgar derecho amoratado, etc). Si se produjo amputación del un miembro del cuerpo, describa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                                                                                                                                                                                        |                                        |
| 28. ¿Ha sido autorizada atención médica?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 29. Indique la fecha de autorización (mm/dd/aaaa)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                  | 30. ¿El médico que primero trató al paciente fue elegido por el empleado?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                   |                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  | 31. ¿Ha sido notificada la empresa aseguradora?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                             |                                        |
| ► Nombre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Dirección - Indique número, calle, ciudad, estado y código ZIP ◀ |                                                                                                                                                                                                        |                                        |
| 32. Médico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                                                                                                                                                                                        |                                        |
| 33. Hospital                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                                                                                                                                                                                        |                                        |
| 34. Compañía aseguradora                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                                                                                                                                                                                        |                                        |
| 35. Empleador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                                                                                                                                                                                        |                                        |
| 36. Naturaleza del negocio del empleador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 37. Firma de la persona autorizada para firmar por el empleador  |                                                                                                                                                                                                        |                                        |
| 38. Cargo oficial de la persona que firma este reporte                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Nombre de la persona que firma este reporte                      |                                                                                                                                                                                                        | 39. Fecha de este reporte (mm/dd/aaaa) |

Este reporte deberá ser rellenado por duplicado con el Director de Distrito en la oficina de distrito pertinente de la Oficina de Programas de Compensación de los Trabajadores y es exigencia del 33 U.S.C. 930 (a). Envíe el formulario en el plazo de los 10 días siguientes a la fecha de la lesión o defunción o a partir de la fecha en que el empleador tenga conocimiento de dicha lesión o defunción. La ley exige que todos los tratamientos médicos y servicios de compensación sean proporcionados por el empleador o por su compañía aseguradora. Debe proporcionar tratamiento un médico elegido por el empleado, a menos que dicho médico

pertenezca a una lista de médicos no autorizados en ese momento por el Departamento de Trabajo para prestar servicios médicos en virtud de la Ley. Los pagos de compensación deberán ser abonados el día 14 tras la fecha en que el empleador reciba notificación de la lesión o defunción. Se pueden imponer sanciones en caso de que se produzca el no cumplimiento de las provisiones de la ley. La información será utilizada para determinar el derecho a beneficios. Ninguna persona está obligada a responder a esta recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB en vigor.

**LESIONES REPORTABLES** – Cualquier lesión accidental que cause pérdida de uno o más turnos de trabajo o defunción que se presuma son consecuencia de y se produzcan durante el desempeño del trabajo, incluida cualquier enfermedad o infección ocupacional que se considere o se presuma se haya producido como consecuencia de dicho empleo, o como resultado natural e inevitable de una lesión accidental. Si el empleador está en desacuerdo con el derecho de compensación, debe también presentar una notificación de desacuerdo ante el Director de Distrito en el plazo de los 14 días siguientes al momento en que obtuvo conocimiento de la supuesta lesión o defunción.

Casilla 6 – A. La Longshore and Harbor Workers Compensation Act (Ley de Compensación de Trabajadores Portuarios) cubre a los empleados que hayan sufrido lesiones mientras desempeñan un trabajo marítimo en aguas navegables en los Estados Unidos (incluido cualquier muelle, embarcadero, dique seco, terminal, camino de construcción, ferrocarril marino adyacentes o cualquier otra área adyacente que el empleador utilice habitualmente para la carga, descarga, reparación o construcción de un navío): los empleados que sufran lesiones en aguas navegables de los Estados Unidos y en otras áreas descritas y que en el momento de sufrir su lesión se hallen desempeñando un trabajo marítimo y no estén expresamente excluidos en virtud de la ley (33 U.S.C. 902).

B. La Defense Base Act (Ley de Base de la Defensa) cubre cualquier empleo (1) en bases militares, aéreas y navales adquiridas por los Estados Unidos a países extranjeros; (2) en tierras ocupadas o utilizadas por los Estados Unidos con objetivos militares o navales fuera de los límites continentales de los Estados Unidos; (3) en cualquier trabajo público en un Territorio o posesión fuera del territorio continental de los Estados Unidos bajo contrato laboral con un contratista de los Estados Unidos; (4) bajo un contrato firmado con los Estados Unidos quedando estipulado en este contrato que el trabajo se realizará fuera del territorio continental de los Estados Unidos y en otros lugares diferentes a las áreas descritas en (1), (2) y (3) anteriormente con el objetivo de desempeñar un trabajo público; (5) bajo ciertos contratos aprobados y financiados por los Estados Unidos en virtud de la Ley de Seguridad Mutua de 1954 de acuerdo a sus enmiendas posteriores; y (6) en el servicio de los empleadores americanos que proporcionen servicios de bienestar o similares para el beneficios de las Fuerzas Armadas situadas fuera del territorio continental de los Estados Unidos.

C. La Nonappropriated Fund Instrumentalities Act (Ley de Instrumentalidades de Fondos No Asignados) cubre a los empleados de instrumentalidades de fondos no asignados de las Fuerzas Armadas, por ejemplo, cambios de puesto de trabajo, servicio cinematográfico, etc.

D. La Outer Continental Shelf Lands Act (Ley de Territorios en la Plataforma Continental Exterior) cubre a los empleados de empleadores privados que se encarguen de operaciones realizadas en la Plataforma Continental Exterior con el objetivo de explotar, desarrollar, retirar o transportar a través de conductos los recursos naturales de tierras sumergidas.

Casilla 24 – En “Lugar exacto en que se produjo el accidente” es necesario indicar la calle y ciudad más próximas. Además:

- Si el accidente se produjo en un navío,

Indicar el lugar dentro del mismo en que se produjo la lesión (cubierta, bodega, entrepuentes, sala de máquinas, etc).  
Nombre del navío.

- Si el accidente se produjo en alguno de los siguientes lugares; muelle adyacente, embarcadero, dique seco, terminal, camino de construcción, ferrocarril marino, o cualquier otra área habitualmente utilizada para la carga, descarga, reparación o construcción de un navío.

Nombre o número de muelle, dique seco, ferrocarril marino, etc  
Nombre de la terminal o astillero  
Calle más próxima – Ciudad y estado

- Si el accidente se produjo en una base militar o de defensa.

Indicar el lugar exacto de la base en el que se produjo la lesión  
Nombre de la base  
Ubicación de la base – ciudad o país

- Si el accidente se produjo en la Plataforma Continental Exterior,

Indicar el lugar de perforación y el número de bloque  
Nombre del área (por ejemplo, Área West Delta)  
Número Federal de Arrendamiento, Número Estatal de Arrendamiento  
Distancia desde y nombre del territorio terrestre más próximo, nombre del estado

**NOTA: EL HECHO DE RELLENAR ESTE FORMULARIO NO CONSTITUYE UNA ADMISIÓN DE RESPONSABILIDAD EN VIRTUD DE LA LEY DE COMPENSACIÓN.** Cualquier empleador, compañía de seguros, o empleador auto-asegurado que en conciencia y a sabiendas no presente este reporte en las fechas exigidas, o que en conciencia y a sabiendas haga una declaración falsa o incurra en falsedad de documento en este reporte estará sujeto a una multa administrativa no superior a 10.000 dólares por cada una de dichas omisiones, negativas, declaraciones falsas o falsedad en documentos cometidas. (33 U.S.C. 930 (c)). Este reporte no servirá de evidencia de ningún hecho mencionado en el mismo en ningún procedimiento legal con respecto a la lesión o defunción en relación a la que se elabora este reporte. (33 U.S.C. 930 (c)).

Declaración Pública de Carga

Estimamos que rellenar este formulario le llevará una media de 15 minutos, incluido el tiempo necesario para leer detenidamente las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, reunir y retener los datos necesarios y rellenar y revisar la información del formulario. Si tiene algún comentario en relación con esta estimación de tiempo o con cualquier otro aspecto de esta recogida de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, envíelas al Departamento de Trabajo, División de Compensación de los Trabajadores Portuarios, 200 Constitution Avenue, N. W. Washington D.C. 20210. **NO ENVÍE EL FORMULARIO RELLENO A ESTA OFICINA.**

Esta traducción ha sido preparada por CNA Insurance para uso de sus (reclamantes/asegurados) a la hora de presentar sus reclamaciones a CNA Insurance.