

**Informe de accidente de un empleado**  
**\*Complételo y envíelo al Coordinador de Salud de los Empleados (fax 470-6634)**  
**Dentro de las 24 horas\***  
**(Envíe el original en un sobre interdepartamental)**

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial Media)

Número del seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
CC/Calle Ciudad Estado C. postal

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle/Unidad Ciudad Estado C. postal

Teléfono: \_\_\_\_\_ Interno laboral \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Posición \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de contratación: \_\_\_\_\_

En qué instalación de VVMC estuvo trabajando:  Vail Champús  Vail Sugerí Center  
 Beaver Creek  Edwards  Gypsum  Avon  Other \_\_\_\_\_

Usted es un empleado de:  Tiempo completo  Tiempo parcial  Temporáneo ("Pool")  
 Promedio de horas trabajadas \_\_\_\_\_

¿A que hora empezó a trabajar el día del accidente? \_\_\_\_\_ Extensión del turno? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su próximo día de trabajo programado? \_\_\_\_\_

¿Tiene un segundo trabajo?:  Sí  No

Testigos? 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

**Información del accidente/enfermedad**

¿En qué fecha ocurrió? \_\_\_\_\_ ¿A qué hora? \_\_\_\_\_

¿Qué parte del cuerpo se lesionó? \_\_\_\_\_

¿Qué objeto o sustancia causó la herida? \_\_\_\_\_

¿Cómo ocurrió? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¿Necesita o desea recibir atención médica?  Sí  No**

Es ilegal suministrar a una compañía de seguro, hechos o informaciones falsas, incompletas o engañosas a sabiendas, con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir: prisión, multas, negación de seguros, y demandas civiles por daños y perjuicios. Cualquier compañía que suministre hechos o informaciones falsas, incompletas o engañosas a sabiendas a un asegurado o solicitante con el propósito de defraudar o intentar defraudar a un asegurado o solicitante con relación a una indemnización o acuerdo pagadero con dinero del seguro deberá informarse a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de agencias regulatorias.

\_\_\_\_\_  
 Firma del empleado \_\_\_\_\_  
 Fecha

## Manager's Initial Investigation

**\* Complete every section & fax to Employee Health (470-6634) within 24 hours \*  
(Interoffice mail the original)**

**Injured Employee's Name** \_\_\_\_\_

Has the employee received "Facts for VVMC Employees Regarding Workers Compensation" [Located on the common drive]?

Yes  No

Had the employee been trained in the procedure/task being performed at the time of the injury?

Yes  No

What do you believe caused or contributed to the problem/occurrence (root causes include conditions, acts, in-actions, equipment or third party)? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Recommendations for preventing this accident from occurring again? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

What actions will you take as a manager to prevent this from occurring again? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Name and Job Title of Person Completing Form

\_\_\_\_\_  
Ext.

\_\_\_\_\_  
Date

**\* Complete every section & fax to Employee Health (470-6634) within 24 hours \*  
(Interoffice mail the original)**

**\*\* For questions, call Employee Health: 479-5085 or  
Occupational Health Clinics, 479-5085 (Vail) or 569-7715 (Avon)\*\***

# Factores para los empleados del Hospital Tocante la compensación del trabajo

## Papeleo:

- ↵ La forma "Informe de Herida del empleado" debe llenarse dentro de 24 horas de su herida.
- ↵ La forma tiene que mandarse a la clínica Ocupacional **inmediatamente** después de llenarla
- ↵ Si no puede llenar la parte de atrás con su supervisor métodos modos mande la forman nosotros se la mandaremos a su manejadora después.

## Los doctores autorizados con los que usted puede atenderse para una herida inmediata son:

- ↵ Su primera visita va a ser en las siguientes localidades
  - Departamento de Emergencia en el hospital
  - La clínica de Beaver Creek
  - El centro medico de Avon
- ↵ Las demás citas serán coordinadas por la Clínica Ocupacional
- ↵ Para condiciones relacionadas con el trabajo que se desarrollen con el tiempo (ej.algo no-agudo), una cita inicial con el Director Médico de la Clínica Ocupacional, se ara por medio de la Clínica Ocupacional.
- ↵ El medico designado o la enfermera de la salud ocupacional que ordenan terapia física, quiropráctico o visitas al especialista deben ser aprobados por nuestro portador del seguro.
- ↵ El medico designado o la enfermera de la salud ocupacional ordena todas las pruebas médicas (tal como MRI) con la aprobación de nuestro portador del seguro.
- ↵ Consultar con un médico en el pasillo, etc. no es un curso aceptable del tratamiento para una condición trabajo-relacionado.

## Restricciones del trabajo:

- ↵ Se ara todo el esfuerzo posible para acomodarlo(a) con las restricciones que le den para el trabajo.
- ↵ Este no va a ser su trabajo de rutina

## Tiempo tiempo perdido de trabajo:

- ↵ Sita, incluyendo terapia deben de hacerse fuera de las horas de trabajo si es posible.  
Si le fueron dadas modificaciones de cualquier clase en su trabajo no se debe usar PTO y dejar trabajar.
- ↵ Si usted es planificado para trabajar cuando la Clínica Ocupacional no este abierta, y usted no piensa que usted es capaz de trabajar, usted necesita ir con uno de nuestro proveedores aprobado de de compensación de trabajador de VVMC. Ese proveedor determinará si su herida le requiere no trabajar., el estado de colorado requiere:

24 horas (tiempo de trabajo, ejes., tres ocho-horas de trabajo) antes de que le Paguen por el tiempo perdido. Puede usar PTO por los días que no le paguen.  
Después de ese tiempo, la aseguran Saa le mandara un cheque cada dos semanas con una proporción de 2/3 de lo que le pagan normalmente. No pagando impuestos.

Si a perdido un total o mas de dos semanas, le reembolsaran por las primeras 24 horas que perdió de trabajo.

## Consultas:

- ↵ Las citas son una parte necesaria del proceso para la recuperación. El fracaso para mantener las citas, inclusive la Terapia Física, pueden tener como resultado el cierre de su reclamo de la compensación de trabajadores.

Para una referencia completa de los reglamentos de compensación del trabajo, por favor comuníquese con la Clínica Ocupacional o métase a la página del estado de Colorado en la Internet.

# Drug Screening Guidelines for VVMC Employees

- ✚ Vail Valley Medical Center has a Substance Abuse Policy (Policy #7.001) which can be found in Human Resources Policy and Procedures.
- ✚ All employees of VVMC are required to be tested for drugs prior to hire as part of a post-offer screening.
- ✚ An employee of VVMC may be asked to submit to a drug and alcohol screening if there is suspicion that they are under the influence.
- ✚ Employees who are involved in a workplace accident requiring medical treatment and/or incident involving physical injury to another individual, equipment or property will be screened for both drug and alcohol.

<u>Drug Screening Collection Sites for VVMC</u>	<u>Days</u>	<u>Times</u>
▪ Occupational Health Clinic in Vail	M-F	8 AM – 3:30 PM
▪ Occupational Health Clinic in Avon	M-F	8 AM – 3:30PM
▪ Avon Urgent Care	12 hours a day	8 AM - 8 PM
▪ Gypsum Urgent/Emergent Care	12 hours a day	9 AM - 9 PM
▪ Vail Valley Emergency Room	24 hours a day	
▪ VVMC Lab	24 hours day	

## Procedure

- ✚ Employee must present an employee identification
- ✚ Chain of custody form will be filled out
- ✚ An integrated multi drug screening cup will be used to collect urine specimen
- ✚ A saliva alcohol test will be performed

Negative results will be documented on the chain of custody form and keep in the Employee File

Non-Negative results for a urine screen will be documented on chain of custody form and specimen will be packaged and sent to a Quest Diagnostic Lab for additional testing.

Non-Negative results for an alcohol will be confirmed by a breath alcohol test or a blood specimen which will be sent to a Quest Diagnostic Lab for additional testing.

## Verification of Results

Results will reviewed by a certified Medical Review Officer (MRO). The MRO will communicate with the employee and final results will be communicated to VVMC.

## Timeline

Negative -Urine and Saliva Screening (10-15 minutes)

Non-Negative lab send-out (1-3 business days)

MRO Verification (1-3 business days)