

Un patrón reportará inmediatamente a la oficina en la forma BWC-100 todas las lesiones, incluyendo las enfermedades, las cuales surgieron fuera de y en el curso del empleo, o en el cual se hace una reclamo y el resultado es el siguiente: (a) Inhabilidad que extiende más allá de siete (7) días consecutivos, no incluyendo la fecha de lesión. (b) Muerte. (c) Pérdidas específicas. En caso de muerte, un patrón también debe inmediatamente archivar un informe adicional en BWC-106.

I. DATOS DEL EMPLEADO

1. Número de Seguro Social		2. Fecha de lesión		3. Nombre	
4. Dirección			5. Ciudad		6. Estado
7. Código postal			8. Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)		9. Género <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra
10. Número de dependientes		11. Teléfono			
12. Estado al llenar los impuestos: <input type="checkbox"/> A. Soltero(a) <input type="checkbox"/> B. Soltero(a), Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Casado(a), Llenando juntos <input type="checkbox"/> D. Casado(a), LlenandoSeparado					

II. DATOS DEL EMPLEADOR/EMPRESA

13. Nombre del patrón		13b. MCIM Número De la Cobertura		14. Número de Identificación Federal	
15. Código de localización de lesión		16. Código de localización de correo		17. UI número	
18. Tipo de negocio (SIC/NAICS)		19. Dirección del patrón		20. Ciudad	
21. Estado		22. Código postal			
23. Nombre de la compañía de seguros (si el patron no esta autoasegurado)				24. Número de teléfono de la compañía de seguros (si lo sabe)	

III. DATOS DE LESION/MEDICO

25. Último día trabajado		26. Fecha que el empleado volvió a trabajar		27. ¿El empleado murió? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
28. Fecha de la muerte		29. Ciudad donde ocurrió		30. Estado donde ocurrió	
31. Condado donde ocurrió la lesión		32. La lesión ocurrió en el local de la empresa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si es no, vea artículo 53)			
33. Número de registro del caso en OSHA/MIOSHA		34. Tiempo que el empleado comenzó a trabajar <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		35. Hora del acontecimiento <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. Si el tiempo no puede ser determinado, marque aquí <input type="checkbox"/>	
36. ¿Qué hacía el empleado momentos antes que ocurrió el incidente? Describa la actividad, así como las herramientas, equipo, o material que el empleado utilizaba. Sea específico.					
37. ¿Cómo ocurrió la lesión? Ejemplos: "cuando la escalera se resbaló en el piso mojado, el empleado cayó 20 pies"; "rociaron al empleado con cloro cuando la empaquetadura se rompió durante el reemplazo".					
38. Describa la naturaleza de la lesión o de la enfermedad			39. Parte del cuerpo afectado directamente por la lesión o la enfermedad		
40. ¿Qué objeto o sustancia dañó directamente al empleado? Ejemplos: el piso de concreto, cloro, sierra. Si esta pregunta no se aplica al incidente, déjelo en blanco.					
41. Nombre del médico u otro profesional del cuidado médico		42. ¿Trataron al empleado en un cuarto de emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		43. Fue el empleado hospitalizado y pasó la noche como internado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
44. ¿Si el tratamiento fue dado lejos de las obras, dónde fue dado? (incluya el nombre, la dirección, la ciudad, el estado y el código postal de la facilidad)					

IV. DATOS DE LA OCUPACIÓN Y DEL SALARIO

45. Fecha que empezó a trabajar		46. Salario semanal grueso total (mayor 39 de 52)		47. Número de las semanas usadas	
48. Valor de franjas descontinuadas		49. Ocupación (Sea Específico)		50. ¿Era el empleado trabajador voluntario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
51. ¿Era el empleado certificado como incapacitado vocacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		52. Fecha que el empleado notificó al patron			
53. Si es la agencia de servicio temporal, proporcione nombre/dirección del patrón donde ocurrió la lesión.					

V. LOS DATOS DEL PREPARADOR CERTIFICO QUE UNA COPIA DE ESTE INFORME SE HA DADO AI EMPLEADO

La fabricación de una declaración falsa o fraudulenta con el fin de obtener o de negar ventajas puede dar lugar al procesamiento criminal o civil, o ambas, y negación de las ventajas.

54. Nombre del preparador (imprima por favor o tipee)		55. Firma del preparador		56. Teléfono de preparador	
57. La fecha que se preparó					

Aviso al empleado: Las preguntas o los errores se deben divulgar inmediatamente al individuo enumerado arriba en la línea 54