CGS Global
CGS ARIZONA | CGS CALIFORNIA | CGS CENTRAL
CGS EAST | CGS SOUTHEAST | CGS WEST

Dirección: 14269 N. 87th Street, Suite 201
Scottsdale, AZ 85260
Teléfono: (480) 219-9795
Fax: (480) 219-9709
Correo electrónico: **safety@cgsglobal.com**

REPORTE DE PROCEDIMIENTO DEL INCIDENTE PARA LA INDEMNIZACION LABORAL

SI SU HERIDA NECESITAR RESPONSO DE EMERGENCIA , POR FAVOR LLAMAR 911 Y NOTIFICAR HR.
*** Todas las formas necesitan estar completas y mandar a safety@cgsglobal.com ***
?Preguntas¿ - Por favor llame a - 833-CGS-CORP (833-247-2677)
Todas las lesiones deben ser reportadas lo mas pronto posible. *Reclamos informados después de 24 horas aumentan el costo en 40%, **incluidos sus deducibles***
ENTREGUE LAS ULTIMAS DOS PAGINAS DE ESTE PAQUETE AL EMPLEADO LESIONADO ANTES DE IR AL CENTRO MEDICO PARA AYUDAR CON LA FACTURACION Y MEDICAMENTOS

1. ¿Requiere el empleado tratamiento médico?

1.1. SI, tratamiento medical es necesario:

	Call Medcor Triage Services (800) 775-5866 - - Acct # WC-2773625-00	
	✓ Envié o lleve al empleado al medico/instalación aprobado proporcionado por la enfermera del al centro de atención mas cercano (como Concentra, AIM Clinic, Banner Urgent Care, Etc.).	
	✓ Hacer que el empleado complete y firme el informe de incidente del empleado.	Pg. 3
	✓ Haga que todos los testigos (si los hay) completen y firmen una declaración de testigo.	Pg. 4
	✓ Haga que el supervisor complete y firme la Declaración del supervisor.	Pg. 5
	✓ Haga que el empleado lea y firme el Formulario de Trabajo Liviano.	Pg. 6

1.2. NO, se necesita tratamiento médico:

	✓ Haga que el empleado firme el Acuerdo de Rechazo de Atención Medica.	Pg. 2
	✓ Haga que el empleo complete y firme el informe de Incidente del Empleado.	Pg. 3
	✓ Haga que todos los testigos (si los hay) completen y firmen la Declaración de testigo.	Pg. 4
	✓ Haga que el supervisor complete y firme la Declaración del Supervisor.	Pg. 5

RECHAZO DE ATTENCION MEDICA

CGS Global
CGS ARIZONA | CGS CALIFORNIA | CGS CENTRAL
CGS EAST | CGS SOUTHEAST | CGS WEST

Dirección: 14269 N. 87th Street, Suite 201
Scottsdale, AZ 85260
Teléfono: (480) 219-9795
Fax: (480) 219-9709
Correo electrónico: **safety@cgsglobal.com**

DEBIDO: LO MAS PRONTO POSIBLE, SIN EXCEDER LAS 24 HORAS

Yo, _____ (nombre de empleado), he reportado de una lesión relacionada al trabajo el día _____(fecha).

Nombre del empleado: _____ Fecha del accidente: _____

Le he informado los detalles de este incidente a mi supervisor, pero deseo buscar ningún tratamiento médico externo.

Entiendo que, al firmar esta declaración, no renunciaré a mi derecho a buscar tratamiento médico en el futuro, si lo considero necesario. Además, entiendo que si no sigo los procedimientos que se reflejan en mi contrato de trabajo, es posible que mi lesión no esté cubierta por el Seguro de los trabajadores.

Entiendo que es posible que se requiera un examen de detección de drogas al momento de reportar una lesión y el no cumplir con este requisito, es posible que no esté cubierto por el seguro de casos del trabajador para esta lesión.

Entendido y acordado en el día,		(mm/dd/aaaa)

Firma de Empleado	
SSN #	
Fecha del accidente: (mm/dd/yyyy)	

CGS Global
CGS ARIZONA | CGS CALIFORNIA | CGS CENTRAL
CGS EAST | CGS SOUTHEAST | CGS WEST

Dirección: 14269 N. 87th Street, Suite 201
Scottsdale, AZ 85260
Teléfono: (480) 219-9795
Fax: (480) 219-9709
Correo electrónico: **safety@cgsglobal.com**

REPORTE DE INCIDENTE POR PARTE DEL EMPLEADO LESIONADO

DEBIDO: LO MAS PRONTO POSIBLE, SIN EXCEDER LAS 24 HORAS

COMPLETAR TODOS LOS ESPACIOS

Fecha de este reporte:		Nombre del empleado lesionado:	
Fecha del accidente:		SSN #:	
Hora del accidente:		Fecha de Nacimiento:	
Fecha en la que el empleado reportó el accidente:		Télefono de:	
Persona a quien el empleado reportó el accidente:		Dirección de vivienda:	
Hora en la que el empleado comenzó a trabajar el día del accidente:		Ciudad, Estado & Código de área:	
Lugar de trabajo donde ocurrió el accidente:		Estado Marital:	
Dirección donde ocurrió el accidente:		Número de Dependientes:	
Tipo de lesión (laceración, esguince, contusión, fractura, etc.):		Paga seminal o por hora:	
Parte del cuerpo lesionado (sea específico):		Lista de testigos de su accidente:	
Descripción del accidente en detalle (cómo, por qué, donde, qué):			
Su lesión fue debida a alguna violación de seguridad? Explique:			
Especifique cualquier lesión sostenida en os últimos 10 años, bien sea personal o de trabajo. Favor incluir fecha, tipo de lesión y parte del cuerpo:			

Yo, empleado, el abajo firmante, certifico que lo anterior es una declaración de hechos verdadera y correcta y que hice tales declaraciones por mi propia voluntad. Entiendo que cualquier pago a mí o a cualquier otra persona por los gastos relacionados con mi accidente y la lesión resultante no es una admisión de responsabilidad por parte de mi empleador y / o la Compañía de Seguros. Autorizo el acceso completo a copias de registros médicos, informes de radiología, exámenes de detección de drogas / alcohol y documentos de cualquier tipo relacionados con mi lesión / enfermedad pasada o presente a mi empleador. Por la presente, me comprometo a divulgar esta información y eximir de responsabilidad a todos los proveedores médicos por la divulgación de esta información según lo establecido en esta autorización. "Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y reclusión en una prisión estatal"

Firma del Empleado	*Fecha de el Reporte*	*Traducido por (Si Corresponde)*

CGS procesará con la mayor extensión jurisdiccional por todos los reclamos fraudulentos informados.
Según la política de empleo, una prueba de drogas es obligatoria en todos los reclamos informados.
.

CGS Global
CGS ARIZONA | CGS CALIFORNIA | CGS CENTRAL
CGS EAST | CGS SOUTHEAST | CGS WEST

Dirección: 14269 N. 87th Street, Suite 201
Scottsdale, AZ 85260
Teléfono: (480) 219-9795
Fax: (480) 219-9709
Correo electrónico: **safety@cgsglobal.com**

DECLARACIÓN DE UN TESTIGO

DEBIDO: LO MAS PRONTO POSIBLE, SIN EXCEDER LAS 24 HORAS

COMPLETAR TODOS LOS ESPACIOS

Nombre del empleado lesionado:		donde ocurrió el acciente:	
Nombre del testigo:		Fecha de este reporte:	
Teléfono del testigo #:		Fecha del Accidente:	
Empleador del testigo:		Hora del incidente:	

Está usted relacionado al trabajador lesionado? (circule una)	Si	No
De ser "SI," enumere su relación: _____:		
¿Por cuanto tiempo ha conocido usted al trabajador lesionado?		
¿Usted presenció el accidente?		
Explique en detalle lo que vió o sabe en relación a este accidentet:		
Indique los nombres de otras personas que puedan tener información sobre este incidente:		
¿Hay alguna otra información que usted sepa que ayude a proporcionar una evaluación justa de este incidente?		

Nombre:		Firma:	
Número telefónico:		Fecha:	

Al firmar este formulario, usted reconoce que entiende que cualquier persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y / o reclusión en una prisión estatal.

CGS Global
CGS ARIZONA | CGS CALIFORNIA | CGS CENTRAL
CGS EAST | CGS SOUTHEAST | CGS WEST

Dirección: 14269 N. 87th Street, Suite 201
Scottsdale, AZ 85260
Teléfono: (480) 219-9795
Fax: (480) 219-9709
Correo electrónico: **safety@cgsglobal.com**

DECLARACION DE SUPERVISOR

DEBIDO: LO MAS PRONTO POSIBLE, SIN EXCEDER LAS 24 HORAS

COMPLETAR TODOS LOS ESPACIOS

Nombre del empleado lesionado:		donde ocurrió el acciente:	
Nombre del testigo:		Fecha de este reporte:	
Teléfono del testigo #:		Fecha del Accidente:	
Empleador del testigo:		Hora del incidente:	

Dirección donde ocurrió el accidente:	
¿Qué hirió directamente al trabajador?	
¿Qué tipo de lesión (corte, esguince, contusión, fractura, etc.)?	
¿Qué parte del cuerpo resultó herida?:	
¿Adónde fue el trabajador para recibir tratamiento (o se le dieron primeros auxilios)?	
Explique en detalle lo que vio o sabe en relación a este accidente:	
Indique los nombres de otras personas que puedan tener información sobre este incidente:	
¿Hay alguna otra información que usted sepa que ayude a proporcionar una evaluación justa de este incidente?	
¿Cómo cree que se podría haber evitado este accidente?	

Nombre:		Firma:	
Número telefónico:		Fecha:	

Al firmar este formulario, usted reconoce que entiende que cualquier persona que sabiendas presente informaciÃ³n falsa o fraudulenta es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y / o reclusiÃ³n en una prisiÃ³n estatal.

CGS Global
CGS ARIZONA | CGS CALIFORNIA | CGS CENTRAL
CGS EAST | CGS SOUTHEAST | CGS WEST

Dirección: 14269 N. 87th Street, Suite 201
Scottsdale, AZ 85260
Teléfono: (480) 219-9795
Fax: (480) 219-9709
Correo electrónico: **safety@cgsglobal.com**

TRABAJO LIVIANO ASIGNACION DE TRABAJO

Cuando uno está en trabajo liviano con las restricciones en la oficina, puede esperar:

1. Adherirse a las restricciones de trabajo prescritas por sus médicos
2. Reportarse a su asignado de trabajo, localización, en tiempo.
3. Hacer el trabajo esperado de usted. Usted va a estar supervisado, o examinado en su comportamiento.
4. Tomar un descanso, o lonche, solamente cuando este asignado hacer.
5. Regresar de descanso, y lonche en tiempo.

Cuando uno está en trabajo liviano con las restricciones en la oficina, no puede hacer:

1. Abandonar las restricciones de trabajo prescritas por los médicos.
2. Tomar extra-tiempo de descanso (Solamente si tiene una nota del Doctor permitiendo le)
3. Caminar por la oficina o el establecimiento para hablar con los trabajadores
4. Sentar se en el área de descanso y hablar, solamente en su tiempo de descanso.

Cuando uno está en trabajo liviano asignación de trabajo todas las pólizas y procedimientos de esta compañía están en efecto y implementadas. Y si usted no sigue esta póliza y procedimientos, como lo haría trabajando por nosotros, usted será sometido a acciones disciplinarias.

Certifico que ha leído la póliza y el trabajo liviano asignado arriba. Yo ha tenido la oportunidad a preguntar todas las preguntas, por cual no son claras. Este trabajo me lo han ofrecido para contemplar mis restricciones. También entiendo y acepto, como parte de mi empleo que esta es la política de mi empleador.

Nombre:		☐	Aceptar Declinar esta oferta de trabajo	☐	Declinar esta oferta de trabajo

Firma del Empleado:		Fecha	

Obligatorio solo para empleados lesionados en California

State of California
Department of Industrial Relations
DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION

Estado de California
Departamento de Relaciones Industriales
DIVISION DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR

WORKERS' COMPENSATION CLAIM FORM (DWC 1)

PETITION DEL EMPLEADO PARA DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR (DWC 1)

Employee: Complete the **"Employee"** section and give the form to your employer. Keep a copy and mark it "**Employee's Temporary Receipt"** until you receive the signed and dated copy from your employer. You may call the Division of Workers' Compensation and hear recorded information at **(800) 736-7401.** An explanation of workers' compensation benefits is included in the Notice of Potential Eligibility, which is the cover sheet of this form. Detach and save this notice for future reference.

You should also have received a pamphlet from your employer describing workers' compensation benefits and the procedures to obtain them. You may receive written notices from your employer or its claims administrator about your claim. If your claims administrator offers to send you notices electronically, and you agree to receive these notices only by email, please provide your email address below and check the appropriate box. If you later decide you want to receive the notices by mail, you must inform your employer in writing.

Empleado: *Complete la sección* ***"Empleado"*** *y entregue la forma a su empleador. Quédese con la copia designada* ***"Recibo Temporal del Empleado"*** *hasta que Ud. reciba la copia firmada y fechada de su empleador. Ud. puede llamar a la Division de Compensación al Trabajador al* ***(800) 736-7401*** *para oir información gravada. Una explicación de los beneficios de compensación de trabajadores está incluido en la Notificación de Posible Elegibilidad, que es la hoja de portada de esta forma. Separe y guarde esta notificación como referencia para el futuro.*

Ud. también debería haber recibido de su empleador un folleto describiendo los benficios de compensación al trabajador lesionado y los procedimientos para obtenerlos. Es posible que reciba notificaciones escritas de su empleador o de su administrador de reclamos sobre su reclamo. Si su administrador de reclamos ofrece enviarle notificaciones electrónicamente, y usted acepta recibir estas notificaciones solo por correo electrónico, por favor proporcione su dirección de correo electrónico abajo y marque la caja apropiada. Si usted decide después que quiere recibir las notificaciones por correo, usted debe de informar a su empleador por escrito.

Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony.

Toda aquella persona que a propósito haga o cause que se produzca cualquier declaración o representación material falsa o fraudulenta con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensación a trabajadores lesionados es culpable de un crimen mayor "felonia".

Employee—complete this section and see note above ***Empleado—complete esta sección y note la notación arriba.***

1. Name. *Nombre.* _____ Today's Date. *Fecha de Hoy.* _____
2. Home Address. *Dirección Residencial.* _____
3. City. *Ciudad.* _____ State. *Estado.* _____ Zip. *Código Postal.* _____
4. Date of Injury. *Fecha de la lesión (accidente).* _____ Time of Injury. *Hora en que ocurrió.* _____a.m. _____p.m.
5. Address and description of where injury happened. *Dirección/lugar dónde occurió el accidente.* _____
6. Describe injury and part of body affected. *Describa la lesión y parte del cuerpo afectada.* _____
7. Social Security Number. *Número de Seguro Social del Empleado.* _____
8. ☐ Check if you agree to receive notices about your claim by email only. ☐ *Marque si usted acepta recibir notificaciones sobre su reclamo solo por correo electrónico.* Employee's e-mail. _____ *Correo electrónico del empleado.* _____.

You will receive benefit notices by regular mail if you do not choose, or your claims administrator does not offer, an electronic service option. *Usted recibirá notificaciones de beneficios por correo ordinario si usted no escoge, o su administrador de reclamos no le ofrece, una opción de servicio electrónico.*

9. Signature of employee. *Firma del empleado.* _____

Employer—complete this section and see note below. ***Empleador—complete esta sección y note la notación abajo.***

10. Name of employer. *Nombre del empleador.* _____
11. Address. *Dirección.* _____
12. Date employer first knew of injury. *Fecha en que el empleador supo por primera vez de la lesión o accidente.* _____
13. Date claim form was provided to employee. *Fecha en que se le entregó al empleado la petición.* _____
14. Date employer received claim form. *Fecha en que el empleado devolvió la petición al empleador.* _____
15. Name and address of insurance carrier or adjusting agency. *Nombre y dirección de la compañía de seguros o agencia adminstradora de seguros.* _____
16. Insurance Policy Number. *El número de la póliza de Seguro.* _____
17. Signature of employer representative. *Firma del representante del empleador.* _____
18. Title. *Título.* _____ 19. Telephone. *Teléfono.* _____

Employer: You are required to date this form and provide copies to your insurer or claims administrator and to the employee, dependent or representative who filed the claim within **one working day** of receipt of the form from the employee.

SIGNING THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY

Empleador: *Se requiere que Ud. feche esta forma y que provéa copias a su compañía de seguros, administrador de reclamos, o dependiente/representante de reclamos y al empleado que hayan presentado esta petición dentro del plazo de* ***un día hábil*** *desde el momento de haber sido recibida la forma del empleado.*

EL FIRMAR ESTA FORMA NO SIGNIFICA ADMISION DE RESPONSABILIDAD

☐ Employer copy/*Copia del Empleador* ☐ Employee copy/*Copia del Empleado* ☐ Claims Administrator/*Administrador de Reclamos* ☐ Temporary Receipt/*Recibo del Empleado*

CGS Global
CGS ARIZONA | CGS CALIFORNIA | CGS CENTRAL
CGS EAST | CGS SOUTHEAST | CGS WEST

Dirección: 14269 N. 87th Street, Suite 201
Scottsdale, AZ 85260
Teléfono: (480) 219-9795
Fax: (480) 219-9709
Correo electrónico: **safety@cgsglobal.com**

GIVE THIS AND NEXT SHEET TO INJURED EMPLOYEE BEFORE GOING TO MEDICAL FACILITY TO ASSIST WITH BILLING AND MEDICATION

AUTHORIZATION FOR MEDICAL TREATMENT FOR WORKERS' COMPENSATION

Provider | *Proveedor:* **Zurich North America/CBCS/Industrial Staffing, Ltd.**

Policy Holder| *Titular de la póliza*: **CGS**

Policy # |*Número de póliza:* **WC 2773625-00**

Employee Name | *Nombre de empleado:*	
Date of injury | Fecha de la lesión:	
Type of Injury | *Tipo de* lesión*:*	
Perform a drug & alcohol screening: | *Realizar una prueba de detección de drogas y alcohol:*	**YES**
Mail Bill To: | *Factura de correo:*	CBCS
	P.O. Box 28
	Dunuque, IA 52004-0028
	Toll Free: 1-877-241-6121
	Fax: 1-563-587-5804
Or Email Bill To: | *Factura de correo electrónico*	adriscoll@cbcsclaims.com

Supervisor Signature: | Firma del supervisor(masculine)		Date: | Fecha	

PO Box 152539
Tampa, FL 33684-2539

HACEMOS MÁS SENCILLO QUE SE LE ABASTEZCA LAS RECETAS DE SU PROGRAMA DE COMPENSACIÓN POR ACCIDENTES LABORALES

Optum ha sido elegido para administrar los beneficios farmacéuticos de su programa de compensación por accidentes laborales para su empleador o asegurador. Más adelante incluimos su tarjeta First Fill que le permitirá recibir las recetas médicas relacionadas con su lesión en su farmacia local. Llene esta tarjeta siguiendo las instrucciones que se indican a continuación.

Persona lesionada:

Si necesita que se le abastezca su receta médica para una lesión o enfermedad relacionada con su trabajo, visite una farmacia de la red Optum Tmesys®. Entregue esta tarjeta temporal al farmacéutico. En la mayoría de los casos, la farmacia abastecerá la receta sin costo para usted.

Si se acepta su reclamación del programa de compensación por accidentes laborales, recibirá una tarjeta permanente por correo. Use esa tarjeta para otras recetas médicas de lesiones o enfermedades relacionadas con su trabajo.

Empleador:

Inmediatamente después de recibir un aviso sobre una lesión, llene la información que aparece a continuación y entregue este formulario al empleado.

Cómo encontrar una farmacia de la red

La mayoría de farmacias y todas las grandes cadenas de farmacias forman parte de la red. Para ubicar una farmacia de la red, llame al 1-866-599-5426 o visite tmesys.com.

¿Tiene alguna pregunta? ¿Necesita ayuda?

1-866-599-5426

OPTUM®

WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM

Zurich NA/ CBCS — PORTADORA
CGS Global Support LLC — EMPLEADOR

NOMBRE DEL PERSONA LESIONADA

Please provide directly to Pharmacist
NUMERO DE SEGURO SOCIAL — FECHA DE LA LESION (AAMMDD)

Aviso para el titular de la tarjeta: Presente esta tarjeta a la farmacia para recibir los medicamentos para la lesión relacionada con su trabajo. Para ubicar una farmacia, visite tmesys.com.

Attention Pharmacists: Enter RxBIN, RxPCN and GROUP. Member ID # format is the date of injury and SSN combined as follows: YYMMDD123456789.

Tmesys is the designated PBM for this patient.

Tmesys Pharmacy Help Desk
1-800-964-2531

	NDC		Envoy
RxBIN	004261	or	002538
RxPCN	CAL	or	Envoy Acct. #
GROUP	CABCFF		

NOTA: *Esta tarjeta First Fill solo es válida para una lesión o enfermedad cubierta por su programa de compensación por accidentes laborales.*

The following entities comprise the Optum Workers' Compensation and Auto No Fault division: PMSI, LLC, dba Optum Workers' Compensation Services of Florida; Progressive Medical, LLC, dba Optum Workers' Compensation Services of Ohio; Cypress Care, Inc. dba Optum Workers' Compensation Services of Georgia; Healthcare Solutions, Inc., dba Optum Healthcare Solutions of Georgia; Settlement Solutions, LLC, dba Optum Settlement Solutions; Procura Management, Inc., dba Optum Managed Care Services; Modern Medical, dba Optum Workers' Compensation Medical Services, collectively and individually referred as "Optum."

tmesys®

IMP14-2013-11