

<b>Formulario AR-N</b>	<b>COMISIÓN DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE ARKANSAS</b>	<b>N</b>
Autoridad: Ark. Code Ann., apartado 11-9-702, 508, 514 AWCC Norma 33 Revisado: 1-1-2001 En Español: 10-15-2004 Actualizada: 8-1-2006	324 Spring Street, Little Rock, AR 72201 Correo: P.O. Box 950, Little Rock, AR 72203-0950 501-682-3930 / 1-800-622-4472	

## NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE DEL EMPLEADO

### DATOS DEL EMPLEADO (utilizar tinta y mayúsculas)

Apellido	Nombre	Inicial del 2 <sup>nd</sup> nombre	# de la Seguridad Soc.	Fecha de nacimiento	(Prefijo), número de teléfono particular
Dirección o apartado de correos		Ciudad		Estado	Código postal
¿Tiene obligación de pagar manutención de sus hijos? <input type="checkbox"/> Estoy al corriente <input type="checkbox"/> Estoy atrasado/a <input type="checkbox"/> Pagaderos a:					

### DATOS DEL EMPLEADOR (utilizar mayúsculas)

Nombre del empleador (denominación con la que opera)				(Prefijo), número de teléfono del empleador
Dirección del empleador		Ciudad del empleador		Estado
				Código postal

### INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE (utilizar mayúsculas)

			Día /Hora
Lugar del accidente	Fecha del accidente	Hora del accidente	Empleador informado del accidente
¿Qué parte del cuerpo se ha lesionado? _____			
Describe brevemente las causas del accidente: _____			
_____			
_____			

### TESTIGOS

Nombre y dirección de los testigos, si procede: _____
_____
_____
_____

Por la presente autorizo a cualquier hospital, médico, psicoterapeuta o profesional sanitario a suministrar al portador cualquier dato, oral o escrito, incluidos, entre otros, copias de los registros médicos relativos a mi estado físico, mental o emocional pasado, presente o futuro. Por la presente renuncio a mi privilegio médico (y psicoterapeuta o profesional sanitario)-paciente. Una copia fotostática de la presente autorización será tan válida como y efectiva como el original. Mi firma a continuación también indica que se me ha ofrecido el ejercicio de mis derechos relativos al cambio de médico. (Véase la información adicional al dorso.)

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**Puede obtenerse ayuda con respecto al formulario N de la AWCC de la División del Asesor Legal (1-800-520-2511 o 501-682-3930). Puede obtenerse información de la División de Servicios de Soporte (1-800-622-4472 o 501-682-3930).**

**Ark. Code Ann., apartado 11-9-106(a):** "Cualquier persona o entidad que realice consciente y voluntariamente una declaración o afirmación sustancial falsa o que omita u oculte consciente y voluntariamente un dato sustancial, o que utilice consciente y voluntariamente un dispositivo, sistema o artificio para: obtener una prestación o pago, engañar o aumentar o reducir ilegítimamente cualquier reclamación de prestaciones o pagos, u obtener o evitar la cobertura de compensación para los empleados o evitar el pago de la prima de seguro correspondiente, o que ayude e induzca a cualquiera de estos fines, será, en virtud del presente capítulo, culpable de un delito de Clase D. El cincuenta por ciento (50%) de cualquier multa penal impuesta y cobrada en virtud de... este artículo se pagará y adjudicará de acuerdo con la legislación aplicable al Fondo de Discapacidad Total Permanente y Fallecimiento administrado por la Comisión de Compensaciones de los Trabajadores."

<b>Formulario AR-N</b>	<b>COMISIÓN DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE ARKANSAS</b>	<span style="font-size: 48pt; font-weight: bold;">N</span>
Autoridad: Ark. Code Ann., apartado 11-9-702 Revisado: 1-1-2001 En Español: 10-15-2004	324 Spring Street, Little Rock, AR 72201 Correo: P.O. Box 950, Little Rock, AR 72203-0950 501-682-3930 / 1-800-622-4472	

### NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE DEL EMPLEADO

#### NOTIFICACIÓN AL EMPLEADO - Cumplimente este formulario para entregarlo a su empleador inmediatamente.

<b>Ark. Code Ann., apartado 11-9-701. Notificación de fallecimiento o lesión.</b>
(a) (1) A menos que se trate de una lesión que impida mental o físicamente al empleado hacerlo, o si se comunica al empleador inmediatamente después de producirse, el empleado deberá informar del accidente a su empleador en una forma establecida o aprobada por la Comisión de Compensación de los trabajadores y a una persona y en un lugar especificado por el empleador, y el empleador no será responsable de las beneficias de discapacidad, médicas o de otro tipo anteriores a la recepción del informe del accidente.
(2) Todos los procedimientos de notificación que especifique el empleador deberán ser razonables y éste deberá notificar razonablemente a todos los empleados los requisitos de notificación.
(3) Lo anterior no será de aplicación si el empleado precisa tratamiento médico de urgencia fuera del horario de trabajo habitual del empleador; sin embargo, en ese caso, el empleado deberá hacer que se notifique el accidente al empleador el siguiente día laborable habitual.
(b)(1) La falta de notificación no anulará las reclamaciones si:
(A) El empleador tiene conocimiento del fallecimiento o lesión; o
(B) El empleado no tenía conocimiento de que la afección o enfermedad se produjo en el transcurso de su empleo; o
(C) La Comisión exime esta omisión basándose en que la notificación no pudo realizarse por un motivo justificado.
(2) Las objeciones relativas a la falta de notificación deberán plantearse antes o en el momento de celebrarse la primera vista de la reclamación.

#### ELECCIÓN/CAMBIO DE MÉDICO

<b>Derechos y responsabilidades. El tratamiento o los servicios suministrados o prescritos por un médico distinto del seleccionado de acuerdo con las siguientes disposiciones, excepto el tratamiento de urgencia, correrán a cargo del solicitante/empleado.</b>
<b>Ark. Code Ann., apartado 11-9-508. Servicios y suministros médicos.</b>
"(e) ...[E]l empleado lesionado podrá tener acceso directo a cualquier proveedor de servicios oftalmológicos u optométricos que acepte suministrar servicios de acuerdo con las normas y condiciones relativas a los servicios prestados por la entidad de atención gestionada inicialmente elegida por el empleador para el tratamiento y control de lesiones o afecciones de los ojos."
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Su empleador podrá seleccionar al médico de atención primaria inicial de entre los asociados con MCOs certificadas.</li> <li>2. Podrá solicitar un cambio de médico. Inicialmente debería solicitar un cambio a la aseguradora o el empleador. En el plazo de cinco días laborables desde su solicitud inicial de cambio de médico, la aseguradora o el empleador deberían notificarle su decisión de concederle o denegarle el cambio de médico.</li> <li>3. Si su solicitud de cambio de médico es denegada podrá enviar una petición al Secretario de la Comisión de Compensación de los trabajadores para un (1) único cambio de médico.</li> <li>4. <b>Si su empleador tiene un contrato con una MCO certificada</b>, podrá cambiar de médico solicitando a la Comisión un (1) único cambio de médico por un facultativo que también deberá estar asociado a la MCO certificada elegida por su empleador o que sea el médico que le atiende regularmente (Por "médico que le atiende regularmente" se entiende el facultativo que mantiene sus registros médicos y con el que cuenta con un historial de tratamiento habitual anterior a la lesión para la que se puede solicitar la compensación"). El proveedor de atención sanitaria por el que cambie deberá aceptar remitirlo a la MCO certificada elegida por el empleador para cualquier tratamiento especializado, incluida la terapia física, y deberá aceptar cumplir todas las normas y condiciones relativas a los servicios prestados por la MCO certificada inicialmente elegida por su empleador.</li> <li>5. <b>Si su empleador no tiene un contrato con una MCO certificada</b>, podrá cambiar de médico solicitando a la Comisión un (1) único cambio de médico por un facultativo que también deberá estar asociado a una MCO certificada o que sea el médico que le atiende regularmente (véase la definición anterior). El proveedor de atención sanitaria por el que cambie deberá aceptar remitirlo a una MCO certificada para cualquier tratamiento especializado, incluida la terapia física, y deberá aceptar cumplir todas las normas y condiciones relativas a los servicios prestados por cualquier MCO certificada.</li> </ol>

Dorso/formulario a dos caras