Instructions for filing out the First Report of Injury or Illness

The items numbered below correspond with the numbers in the example of the First Report of Injury or Illness attached to help you understand what you should put in the boxes. You will fill out a blank form and do not add the numbers.

Write in the box's the following listed below. It is important to complete all the boxes on the form and to give as much information as possible.

Any information concerning the employer is referring to the employer and the job where you were working when you were injured or when you first became aware that you had a job related illness. If you no longer do the same work or work for the same employer, do not add any information about your new job.

Return the forms to Idaho Industrial Commission.

1) Employer's name, address and zip code. Use the business name.
2) Employer's telephone number.
3) Carrier's name, address, zip code and phone number.
4) Your last name followed by your first and middle initial
5) Your date of birth.
6) Your social security number.
7) Date you were hired.
8) The state you were hired in.
9) Your address and zip code.
10) Circle **M** if you are a male, **F** if you are a female.
11) Circle **U** if you are unmarried, single or divorced, **M** if you are married and **S** if separated.
12) Your occupation or title. For example, a welder.
13) Write your status, whether you are part-time, full-time or seasonal.
14) Your phone number.
15) The number of dependents you have.
16) Your wage at the time of the injury. If you are paid by the day, put an X in box A. If you are paid by the week, put an X in Box B. If you are paid by the month, put an X in box C. If you are paid in some other form, put an X in box D.
17) The number of days you usually work in a week.
18) The number of hours you usually work in a day.
19) The time you began to work on the day you were injured. Put an X in box A if it was in the AM and use B for PM.
20) The date you were injured or when you first became aware that you had a job related illness.
21) Time you were injured of first became aware you had a job related illness. Put an X in box A if it was in the AM or put an X in B if in the PM.
22) The last day you worked in the job you were injured at.
23) The date you informed your employer of your injury/illness.

24) The date of when you stopped working because of your injury or illness.
25) Employer contact name and phone number.
26) Type of injury/illness. For example, a cut or a strain.
27) Part of body injured. For example, left arm, right leg, or head.
28) Did the injury or illness occur at work or on the employer's premises? Check either Yes or No.
29) Department or Location where accident or illness occurred. For example, the break room.
30) What equipment, material or chemicals you were using at the time of the accident/illness.
31) What exactly were you doing at the time of accident or illness? For example, picking up a box, cleaning.
32) Work process you were engaged in at the time the accident or illness.
33) Describe how the accident/illness occurred; list the events that took place and any objects and chemicals that were involved.
34) If you had any time loss, the date you returned to work.
35) Name and address of the physician you first sought medical treatment from.
36) Name and address of the hospital you first sought medical treatment from.
37) Circle the number that best describes your initial treatment.
    a) No medical treatment.
    b) Minor treatment such as first aid by employer.
    c) Minor treatment from a clinic or hospital.
    d) Emergency Room care.
    e) You were hospitalized more than 24hrs.
    f) Do you believe you will need further medical treatment or will have time loss?
38) Your signature
39) Name and phone number of a witness to the accident.
40) The date the First Report of Injury was completed.
41) Name and title of the person who helped fill out this form.
42) Phone number of the person who helped fill out this form.

Instrucciones para llenar la Primer Forma del Daño o de Enfermedad

Los artículos numerados abajo deben corresponder con los números en el ejemplo del Primer Informe del daño o Enfermedad, para ayudarlo a entender lo qué usted debe poner en los bloques. Usted llenará una forma en blanco. No anote los números.

Escriba en el bloque lo que se describe en la lista siguiente. Es importante que usted llene todos los bloques en la forma, y proveer toda la información que es posible. Cualquier información acerca del empleador o el trabajo dónde estaba usted trabajando cuando usted fue herido, o cuando primero se entero que usted tuvo una enfermedad relacionada del trabajo. Si usted no trabaja para el empleador o en el mismo trabajo, no ponga información acerca de su trabajo nuevo.

Regrese las formas a la Comisión Industrial de Idaho.

(1) El nombre del Empleador, la dirección y el código postal. Utilice el nombre del negocio, antes que el nombre de una persona, si es posible.
(2) Número de teléfono del Empleador.
(3) Nombre de la compañía de seguros, el domicilio y el código postal.
(4) Su nombre, el apellido primero, próximo su primer nombre, entonces segundo nombre.
(5) Su fecha de nacimiento.
(6) Su Número del seguro social, o el número H2 si usted no tiene un Número del seguro social válido.
(7) La fecha que usted fue empleado por su empleador.
(8) El estado donde usted esta empleado.
(9) Su domicilio.
(10) Rodea la **M** si usted es hombre, **F** si usted es mujer.
(11) Rodee la **U** si usted es un soltero o divorciado, la **M** si usted esta casado, o el **S** si usted esta separado.
(12) Su título o la ocupación. Por ejemplo, el soldador.
(13) Anote si usted está tiempo repleto de tiempo o parte, Y si el trabajo es temporáneo, estacional, o año alrededor.
(14) Su número de teléfono.
(15) El número de dependientes que usted tiene.
(16) Su sueldo en el tiempo de la herida. Si usted esta pagado por el día, Ponga una X en el bloque **A**. Sí usted esta pagado por la semana, Ponga una X en el bloque **B**. Si pagado por el mes, Ponga una X en el bloque **C**. Si usted es pagado por hora o en cualquier otra manera, ponga una X en el bloque **D**.
(17) El número usual de días por la semana que usted trabaja.
(18) El número usual de horas por día que usted trabaja.
(19) La hora en que comenzó usted a trabajar en el día de su herida. Ponga una X en el bloque **A** sí el tempo del día es AM. Utilice **B** para PM.
(20) La fecha que usted fue herido, o primero Llegó a ser enterado que usted tuvo una enfermedad que esta relacionado con el trabajo.
(21) La hora que usted fue herido, cuándo usted fue primero enterado de la enfermedad relacionada del trabajo. Ponga una X en el bloque **A** si el tempo del día es AM. Utilice **B** para PM.
(22) El último día que usted trabajó en el trabajo donde usted fue herido.

(23) La fecha que usted le dijo a su empleador acerca de su herida o enfermedad.
(24) La primera fecha que usted estaba sin trabajo, si usted no podía trabajar a causa de la herida o la enfermedad.
(25) El nombre y el número de teléfono de una persona para contactar con su empleador.
(26) El Tipo de herida. Por ejemplo: cortada, o el esfuerzo, o la perforación.
(27) La parte del cuerpo herido. Por ejemplo, brazo izquierdo, pierna derecha, la cabeza, la espalda.
(28) Si la herida, la enfermedad, paso en el trabajo o en la propiedad de el empleador, Rodee YES. De otro modo, rodea NO.
(29) El Departamento o el lugar donde la herida ocurrió. Por ejemplo; el espacio para descansar, la barraca que empaca, etc.
(30) Qué equipo, materias o sustancias químicas utilizaba cuando usted fue herido, ¿O usted fue expuesto a algo que causó una enfermedad? Por ejemplo, el cuchillo, la pintura, solvente que limpia.
(31) ¿Qué actividad específica hacía usted en el tiempo del accidente? Por ejemplo, levantando una caja, martillar un clavo, ordeñar una vaca.
(32) ¿Qué era el proceso del trabajo qué usted hacía? Por ejemplo, limpiando un espacio, la construcción de una pared, alimentar el Ganado.
(33) Describe cómo la herida o enfermedad ocurrió. Liste la sucesión de acontecimientos, e incluye cualquier objeto o las substancias que le hizo daño o lo Enfermo. Por ejemplo, yo limpiaba el espacio. Yo me agaché para levantar una caja, y sentir un taponazo en mi espalda.
(34) Si usted perdió trabajo a causa de la herida o la enfermedad escriba la fecha que usted volvió a trabajar, si usted no ha vuelto a trabajar, escribir “No trabajo todavía." Si usted no ha perdido trabajo, escriba “N. A.”
(35) El nombre y la dirección del doctor qué usted vio para tratamiento para la herida o enfermedad.
(36) El nombre y la dirección del hospital en donde usted recibió el tratamiento para la herida o la enfermedad.
(37) Rodea el número que describe el primer tratamiento médico que usted recibió.
a. Ningún tratamiento medico
b. El tratamiento secundario, tal como primeros auxilios por el empleador.
c. El tratamiento secundario en un dispensario o un hospital.
d. El cuidado de la emergencia.
e. Permanecer en un hospital más de 24 horas.
f. ¿Usted siente que usted necesitará mas tratamiento médicos y más tiempo fuera del trabajo?
(38) Su firma.
(39) El nombre y el número de teléfono un testigo del accidente.
(40) La fecha que el Primer Informe de la Herida o la Enfermedad fue llenada.
(41) Nombre y titulo de la persona que le ayudo llenar esta forma.
(42) El número de teléfono de la persona que le ayudo llenar esta forma.