**NOTICE OF ACCIDENT OR OCCUPATIONAL DISEASE DISABLEMENT**

**NOTIFICACION DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE OFICIO**

In accordance with New Mexico law, Section 52-1-29 and Section 52-3-19, NMSA 1978

Conforme a la Ley de la Compensación de los Trabajadores, Sección 52-1-29 y Sección 52-3-19, NMSA 1978

I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, was involved in an on-the-job accident or was disabled

Yo, (name of employee/nombre del empleado) me lastimé en un accidente en el trabajo o fui incapacitado

by an occupational disease at approximately \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, on \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_\_.

por enfermedad de oficio aproximadamente (time/ a la(s) hora(s)) el (date/fecha) del 20 \_\_\_\_\_\_.

Employee’s social security number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Where did the accident occur? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nύmero de seguro social del empleado: ¿Dónde ocurrió el accidente?

What happened? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué ocurrió?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**To be completed by Employer: Worker will choose health care provider. Yes\_\_\_ No\_\_\_**

Completado por el empleador: Trabajador elegir proveedor de atenciòn mèdica. **If Yes, Employer has the right to change health care provider after 60 days. If No, Worker has the right to change health care provider after 60 days.** En caso afirmativo, el empleador tiene derecho a cambier de En caso que no elige, el trabajor tiene derecho a combiar de proveedor

proveedor de atenciòn mèdica despuès de 60 dias. de atenciòn mèdica despès de 60 dias.

 **\_\_\_\_**

Signed: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signed/Notice Received: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma: (employee/empleado)** **Firma/Notificación recibida** **(employer or representative/empleador o representante)**

Date/Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANY PERSON WHO KNOWINGLY PRESENTS A FALSE OF FRAUDULENT CLAIM FOR PAYMENT OF A LOSS OR BENEFIT OR KNOWINGLY PRESENTS FALSE**

**INFORMATION IN AN APPICATION FOR INSURANCE IS GUILTY OF A CRIME AND MAY BE SUBJECT TO CIVIL FINES AND CRIMINAL PENALTIES.**

**Worker—**

For emergency medical care, go to any emergency medical facility. Emergency medical care will not constitute a selection of health care provider.

For medical care that is not an emergency, get instructions from your supervisor on where to go for medical care. If you have initial selection of health care provider as indicated above, you may select a provider of your choosing and will be paid for by the employer consistent with the terms of the Workers’ Compensation Act.

Workers and Employers with questions about workers’ compensation may contact an Ombudsman at any New Mexico Workers’ Compensation Administration office for information and assistance. The offices are open Monday thru Friday, 8 a.m. to 5 p.m., except holidays.

**Trabajador—**

Para emergencies médicas vaya a cualquier clínica / hospital. Atención médica de emergencia no constituirá una selección de proveedor de atención médica.

Para tratamiento medico que no sea emergencia, obtenga instrucciones de su supervisor para que le indique a donde ir para obtener asistencia médica. Si usted tiene la selección inicial del profesional de la salud como se indicó anteriormente, es posible seleccionar un proveedor de su elección y será pagado por el empleador consistente con los términos de la Ley de Compensación de los Trabajadores.

Trabajadores 7 empleadores con preguntas acerca de la compensación de los trabajadores pueden comunicarse con un asesor ("ombudsman”) a cualiquier oficina de la Administración de la Compensación de los Trobajadores para información y asistencia. Las oficinas están abiertas desde las ocho de la mañana hast alas cinco de la tarde de lunes a viernes, con la excepción de dias festivos.

Statewide Helpline – Linea de Asistencia

1-866-WORKOMP / 1-866-967-5667

toll free – llamada sin costo de larga distancia

New Mexico Workers’ Compensation Administration

PO Box 27198, Albuquerque, NM 87125

Albuquerque: (505) 841-6000 - 1(800)255-7965 Las Vegas: (505) 454-9251 - 1(800) 281-7889 Santa Fe: (505)476-7381

Farmington: (505) 599-9746 - 1(800) 568-7310 Lovington: (575)396-3437 - 1(800) 934-2450 TDD for the deaf: (505)841-6043

Las Cruces: (505)524-6246 - 1(800)870-6826 Roswell: (575)623-3997 – 1(866) 311-8587 ­[www.workerscomp.state.nm.us](http://www.workerscomp.state.nm.us)