

# NOTICE OF ACCIDENT OR OCCUPATIONAL DISEASE DISABLEMENT NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE OFICIO

In accordance with New Mexico law, Section 52-1-29, Section 52-3-19 and Section 52-1-49, NMSA 1978; NMAC 11.4.4.11  
Conforme a la Ley de la Compensación de los Trabajadores, Sección 52-1-29, Sección 52-3-19 y Sección 52-1-49, NMSA 1978; NMAC 11.4.4.11

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

What happened?  
¿Qué ocurrió?

For Placing a Claim, Call:  
**800-243-2490**

Para Reportar un Reclamo llame al:  
**800-243-2490**

## To be completed by Employer:

Completado por el empleador:

If Yes, Employer has right to change health care provider after 60 days.

En caso afirmativo, el empleador tiene derecho a cambiar de proveedor de atención médica después de 60 días.

WORKER'S INITIALS \_\_\_\_\_

## Worker will choose health care provider. Yes \_\_\_ No \_\_\_

Trabajador elegirá proveedor de atención médica.

If No, Worker has the right to change health care provider after 60 days.

En caso que no elige, el trabajador tiene derecho a cambiar de proveedor de atención médica después de 60 días.

INICIALES DEL TRABAJADOR

Signed: \_\_\_\_\_

Firma: (employee/empleado)

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

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

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

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

ANY PERSON WHO KNOWINGLY PRESENTS A FALSE OR FRAUDULENT CLAIM FOR PAYMENT OF A LOSS OR BENEFIT OR KNOWINGLY PRESENTS FALSE INFORMATION IN AN APPLICATION FOR INSURANCE IS GUILTY OF A CRIME AND MAY BE SUBJECT TO CIVIL FINES AND CRIMINAL PENALTIES.

PREVIOUS NOA FORMS ARE STILL VALID FOR USE

Form NOA-1

Employer/employee: Each keep one copy.

Empleador/empleado: Retener una copia.

---SEE BACK OF THIS FORM---

---VER AL REVERSO DE ESTA FORMA---

## Worker --

For emergency medical care, go to any emergency medical facility.

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 through Friday, 8 a.m. to 5 p.m., except holidays.

## Trabajador

Para emergencias médicas vaya a cualquier clínica / hospital.

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

Statewide Helpline -- Línea 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  
Farmington: (505) 599-9746 - 1 (800) 568-7310  
Hobbs: (575) 397-3425 - 1 (800) 934-2450

Las Cruces: (575) 524-6246 - 1 (800) 870-6826  
Las Vegas: (505) 454-9251 - 1 (800) 281-7889  
Roswell: (575) 623-3997 - 1(866) 311-8587

Santa Fe: (505) 476-7381





State of New Mexico  
**Workers'  
Compensation  
Administration**

# WHAT TO DO IF YOU'RE INJURED AT WORK



## Notice

In most cases you must tell your employer about the accident within 15 days, using the Notice of Accident Form.



## Support Services

You have the right to information and assistance from an information specialist known as an Ombudsman at the Workers' Compensation Administration.



## Claims Information

Contact your employer's Claims Representative.

## Your Rights

### If you are injured in a work-related accident:

Your employer / insurer must pay all reasonable and necessary medical costs.

You may or may not have the right to choose your health care provider. If your employer / insurer has not given you written instructions about who chooses first, call an ombudsman. In an emergency, get emergency medical care first.

If you are off work for more than seven days, your employer / insurer must pay wage benefits to partially offset your lost wages.

If you suffer "permanent impairment," you may have the right to receive partial wage benefits for a longer period of time.

**Employer's Insurer / Claims Representative:**  
**Aseguradora del Empleador / Representante de Reclamos:**

**Name:** Constitution States Service Co

**Phone #:** \_\_\_\_\_

**Address:** 1 Tower State  
Hartford, CT 06183

*Employer must fill in insurer / claims representative information.  
El empleador debe completar la información del asegurador / representante de reclamos.*

# QUÉ HACER SI SE LESIONA EN EL TRABAJO



## Aviso

En la mayoría de los casos usted debe de avisarle a su empleador del accidente dentro de los primeros 15 días usando las formas de Aviso de Accidente.



## Servicios de Apoyo

Usted tiene el derecho a información y ayuda contactándose con un especialista en información conocido como "Ombudsman" en la Administración para la Compensación a los Trabajadores.



## Información acerca de Reclamaciones

Contáctese con el representante de reclamaciones de su compañía.

## Sus Derechos

### Si se lastima en el trabajo:

Su empleador / asegurador debe de pagar por los gastos médicos necesarios y razonables.

Es posible que usted tenga, o no tenga, el derecho de escoger el proveedor de servicios para la salud. Si su empleador / asegurador no le ha dado instrucciones por escrito de quien es él que selecciona primero, pregúntele o llame a un ombudsman. En una emergencia, obtenga asistencia médica de emergencia primero.

Si usted está fuera del trabajo por más de siete días, su empleador / asegurador debe de hacerle un pago compensatorio de prestaciones para compensar parcialmente la pérdida de su salario.

Si usted sufre "daño permanente," usted puede tener el derecho a recibir prestaciones parciales de salario por un periodo de tiempo más largo.

**If You Need HELP Call: 1-866-967-5667**  
*Ask for an Ombudsman*

**Si Usted Necesita Ayuda Llame Al:**  
**1-866-967-5667**  
*Pregunte por un Ombudsman*



**Visit our website at: <https://workerscomp.nm.gov>**

For FREE copies of this poster and Notice of Accident Forms call: 1-866-967-5667

EMPLOYER: You are required by law to display this poster where your employees can read it. Post the Notice of Accident forms with it.

The poster without the Notice of Accident forms does not comply with law. You have other rights and duties under the law.

**POST FORMS HERE**