**PLAN DE RETORNO DEL EMPLEADO AL TRABAJO**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO | PUESTO/FUNCIÓN: |
|  |  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR | DEPARTAMENTO/ÁREA |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | FECHA DE DEVOLUCIÓN | HORA |
| TIENE PROGRAMADO VOLVER AL TRABAJO EN: |  |  |

|  |
| --- |
| USTED ESTÁ TRABAJANDO CON LAS SIGUIENTES RESTRICCIONES SEGÚN SU MÉDICO: |
|  |
| SE HA PRODUCIDO LA SIGUIENTE REUNIÓN DE REVISIÓN AND |
|  | Las restricciones del médico han sido identificadas y aclaradas. |
|  | El supervisor puede comprender las restricciones y proporcionar trabajo ajustado. |
|  | Se ha proporcionado una vía de comunicación para obtener apoyo al trabajador herido. |
|  | Se ha realizado una revisión de las políticas/prácticas de seguridad pertinentes. |
|  | Se ha realizado una revisión de las políticas de recursos humanos pertinentes, incluidos los informes fuera del trabajo, el reloj de ingresp/egreso y procedimientos similares. |
|  | El análisis de la demanda laboral se ha revisado junto con las restricciones indicadas por el médico. Los deberes se han asignado como se indica a continuación.  |
|  | Se han aclarado los requisitos del trabajador herido para trabajar dentro de las restricciones.  |
|  | Se han aclarado los requisitos del supervisor para trabajar dentro de las restricciones.  |
|  | Requisito del trabajador herido de ir de inmediato al consultorio de su médico (o a la sala de emergencia) si se va del trabajo porque siente que no puede realizar el trabajo o porque siente que puede haberse vuelto a lesionar.  |
|  |  |
|  |  |

**Tareas asignadas** adjuntar páginas separadas según sea necesario

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEMANA N.º** | **FUNCIONES ASIGNADAS** | **COMENTARIOS DE LOS EMPLEADOS** | **COMENTARIOS DEL SUPERVISOR** | ¿Sigue con el deber modificado? SÍ / NO | ¿Vuelta completa al trabajo?SÍ / NO |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |

**ACUERDO**

Yo, el trabajador herido abajo firmante, me comprometo a participar en el plan de trabajo transitorio que aquí se describe. Estoy de acuerdo en realizar mi trabajo cuidadosamente y trabajar dentro de mis restricciones. También me comprometo a pedir ayuda cuando el trabajo supere mis habilidades, a notificar a mi supervisor si hay tareas asignadas que exceden por las habilidades y a notificar a mi supervisor si necesito ayuda.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | NOMBRE | FIRMA | FECHA |  |
| EMPLEADO |  |  |  | CC: Coordinador de Compensación de  Trabajadores Archivo del supervisor Archivo del empleado |
| SUPERVISOR |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DESCARGO DE RESPONSABILIDAD**Todos los artículos, las plantillas o la información que proporcione Smartsheet en el sitio web son solo de referencia. Mientras nos esforzamos por mantener la información actualizada y correcta, no hacemos declaraciones ni garantías de ningún tipo, explícitas o implícitas, sobre la integridad, precisión, confiabilidad, idoneidad o disponibilidad con respecto al sitio web o la información, los artículos, las plantillas o los gráficos relacionados que figuran en el sitio web. Por lo tanto, cualquier confianza que usted deposite en dicha información es estrictamente bajo su propio riesgo. |