

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			
SUPERVISOR			

CC: Coordinador de Compensación de Trabajadores
 Archivo del supervisor
 Archivo del empleado

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.