



# 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 by an occupational disease  
Yo, (name of employee/nombre del empleado) me lastimé en un accidente en el trabajo o fui incapacitado por enfermedad de oficio

at approximately \_\_\_\_\_, on \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_. Date of Hire \_\_\_\_\_ Employee's Date of Birth \_\_\_\_\_  
proximadamente (time/a la(s) hora(s)) el (date/fecha) (del 20\_\_\_\_.) (fecha de empleo) (fecha de nacimiento)

Employee's social security number: \_\_\_\_\_ Employee's Home Address: \_\_\_\_\_  
Número de seguro social del empleado: Dirección del empleado

Employee's Telephone Number(s): Home: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono(s): (Casa) (Celular) (Otro)

Where did the accident occur? \_\_\_\_\_  
¿Dónde ocurrió el accidente?

What happened? \_\_\_\_\_  
¿Qué ocurrió?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Employer will choose health care provider. Worker has right to change health care provider after 60 days**  
*El empleador elegirá el proveedor de atención médica. Trabajador tiene el derecho de cambiar el proveedor de atención médica después de 60 días*

**Employer's choice of health care provider is:** \_\_\_\_\_  
*La elección del empleador de proveedor de cuidado de la salud es:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signed: \_\_\_\_\_  
Firma: (employee/empleado)

Signed/Notice Received: \_\_\_\_\_  
Firma/Notificación recibida: (employer or representative/empleador o representante)

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

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

### Worker (Trabajador)

For emergency medical care, go to any emergency medical facility. (Para emergencias médicas vaya a cualquier clinica / hospital.)

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.

(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 -- 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  
Farmington: (505) 599-9746 - 1 (800) 568-7310  
Las Cruces: (575) 524-6246 - 1 (800) 870-6826

Las Vegas: (505) 454-9251 - 1 (800) 281-7889  
Lovington: (575) 396-3437 - 1 (800) 934-2450  
Roswell: (575) 623-3997 - 1(866) 311-8587

Santa Fe: (505) 476-7381  
TDD for the deaf: (505) 841-6043  
[www.workerscomp.state.nm.us](http://www.workerscomp.state.nm.us)

**Employer/employee: Each keep one copy.  
Empleador/empleado: Retener una copia.**