



NOTICE OF ACCIDENT/NOTIFICACION DE ACCIDENTE

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

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

I, _____, was involved in an on-the-job accident
 Yo, _____ (name of employee/nombre del empleado) me lastimé en un accidente en el trabajo
 at approximately _____, on _____, 20____.
 aproximadamente (time/a la(s) hora(s)) el (date/fecha) del 20_____

What happened and where: _____
 ¿Qué ocurrió y dónde ocurrió?

Signed: _____
 Firma: _____ (employee/empleado)
 Employee's social security number: _____
 Número de seguro social del empleado:

Signed: _____
 Firma: _____ (employer or agent/empleador o agente)
 Date: _____
 Fecha:

Employer/employee: Each keep one copy.
 Empleador/empleado: Retener una copia.
 Albuquerque: 841-6000 - 1 (800) 255-7965
 Form NOA-1 (3/99)

For more information, call the Workers' Compensation Administration. Ask for an ombudsman.
 Para más información, póngase en contacto con el Programa de Asesores
 (Ombudsman Program) en la Administración de la Compensación de los Trabajadores
 Farmington: 599-9746 - 1 (800) 568-7310 Las Vegas: 454-9251 - 1(800) 281-7889
 Lovington: 396-3437 - 1(800) 934-2450 Las Cruces: 524-6246 - 1(800) 870-6826