

# 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?

<b>To be completed by Employer:</b> <i>Completado por el empleador:</i> <b>If Yes, Employer has right to change health care provider after 60 days.</b> <i>En caso afirmativo, el empleador tiene derecho a cambiar de proveedor de atención médica después de 60 días.</i>	<b>Worker will choose health care provider. Yes ___ No ___</b> <i>Trabajador elegirá proveedor de atención médica.</i> <b>If No, Worker has the right to change health care provider after 60 days.</b> <i>En caso que no elige, el trabajador tiene derecho a cambiar de proveedor de atención médica después de 60 días.</i>
<b>WORKER'S INITIALS _____</b>	<b>INICIALES DEL TRABAJADOR _____</b>

Signed: \_\_\_\_\_ Signed/Notice Received: \_\_\_\_\_  
Firma: (employee/empleado) 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 IN 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 (9/17)      Employer/employee: Each keep one copy.      ----SEE BACK OF THIS FORM----**  
**Empleador/empleado: Retener una copia.      ----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

<https://workerscomp.nm.gov>