WORK EXPOSURE TO BODILY FLUIDS

NOTICE TO EMPLOYEES

RE: Human Immunodeficiency Virus (HIV), Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) & Hepatitis C

Employees are notified that a claim may be made for a condition, infection, disease, or disability involving or related to the Human Immunodeficiency Virus (HIV), Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or Hepatitis C within the provisions of the Arizona Workers' Compensation Law, and the rules of The Industrial Commission of Arizona. Such a claim shall include the occurrence of a significant exposure at work, which generally means contact of an employee's ruptured or broken skin or mucous membrane with a person's blood, semen, vaginal fluid, surgical fluids(s) or any other fluid(s) containing blood. **AN EMPLOYEE MUST CONSULT A PHYSICIAN TO SUPPORT A CLAIM.** Claims cannot arise from sexual activity or illegal drug use.

Certain classes of employees may more easily establish a claim related to HIV, AIDS, or Hepatitis C if they meet the following requirements:

1. The employee's regular course of employment involves handling or exposure to blood, semen, vaginal fluid, surgical fluid(s) or any other fluid(s) containing blood. Included in this category are health care providers, forensic laboratory workers, fire fighters, law enforcement officers, emergency medical technicians, paramedics and correctional officers.

2. **NO LATER THAN TEN (10) CALENDAR DAYS** after a possible significant exposure which arises out of and in the course of employment, the employee reports in writing to the employer the details of the exposure as provided by Commission rules. Reporting forms are available at the office of this employer or from the Industrial Commission of Arizona, 800 W. Washington, Phoenix, Arizona 85007, (602) 542-4661 or 2675 E. Broadway, Tucson, Arizona 85716, (520) 628-5181. If an employee chooses not to complete the reporting form, that employee may be at risk of losing a prima facie claim.

3. **NO LATER THAN TEN (10) CALENDAR DAYS** after the possible significant exposure the employee has blood drawn, and **NO LATER THAN THIRTY (30) CALENDAR DAYS** the blood is tested for **HIV OR HEPATITIS C** by antibody testing and the test results are negative.

4. **NO LATER THAN EIGHTEEN (18) MONTHS** after the date of the possible significant exposure at work, the employee is retested and the results of the test are HIV positive or the employee has been diagnosed as positive for the presence of HIV, or **NO LATER THAN SEVEN (7) MONTHS** after the date of the possible significant exposure at work, the employee is retested and the results of the test are positive for the presence of Hepatitis C or the employee has been diagnosed as positive for the presence of Hepatitis C.

Primary Insured/Employer Name:
Employment Enterprises Inc
Location Insured/Employer Name (DBA):

KEEP POSTED IN CONSPICUOUS PLACE
NEXT TO WORKERS' COMPENSATION NOTICE TO EMPLOYEES

THIS NOTICE APPROVED BY THE INDUSTRIAL COMMISSION OF ARIZONA FOR CARRIER USE

10550 Linden Lake Plz Ste 200, Manassas, VA 20109-6495

Provided by PostingNotice.com

EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES EN EL TRABAJO
AVISO A LOS EMPLEADOS

RE: El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodefícíencía Humana Adquírída (SIDA) y Hepatitis C

Se le notifica a los empleados que se puede hacer una reclamación por una condición, infección, enfermedad o incapacidad relacíonada con o derivada del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquírída (SIDA), o Hepatitis C con las provisiones de la Ley de Compensación para los Trabajadores de Arizona y las Reglas de la Comisión Industrial de Arizona. Tal reclamación debe incluir el suceso de una exposicón importante en el trabajo, la que por lo general significa contacto de alguna ruptura de la piel o mucosa del empleado con la sangre, semen, fluído vagínal, fluído quirúrgico o cualquier otro fluído de una persona que contenga sangre. **EL EMPLEADO DEBE CONSULTAR A UN MEDICO PARA CONFIRMAR SU RECLAMACION.** Las reclamaciones no pueden resultar de actividad sexual o uso ilicito de drogas.

Ciertas clases de empleados pueden establecer más fácilmente una reclamación relacionada con el VIH, SIDA o Hepatitis C si reúnen los requisitos siguientes:

1. El curso regular del empleo del empleado require el manejo de o la exposición a sangre, semen, fluído, vaginal, fluído quirúrgico o cualquíer otro fluído que contenga sangre. Incluídos en esta categoría son los provedores de cuidados de la salud, trabajadores de laboratorios forences, bomberos, agentes policiales, técnicos médicos de emergencia, paramédicos y agentes correccionales.
2. **NO MAS DE DIEZ (10) DIAS DE CALENDARIO** después de una posible exposición importante que resulta de y en el curso de su trabajo, el empleado reporta a su patrón por escrito los detalles de la exposición como lo proveen las reglas de la Comisión. Las formas de reporte están disponibles en la oficina de este patrón o de la Comisión Industrial de Arizona, 800 W. Washington, Phoenix, Arizona 85007, (602) 542-4661 o 2675 E. Broadway, Tucson, Arizona 85716, (520) 628-5181. Si un empleado elige no llenar la forma de reporte, ese empleado corre el riesgo de perder una reclamación de prima facie.
3. **NO MAS DE DIEZ (10) DIAS DE CALENDARIO** después de una posible exposición importante el empleado va a que le saquen sangre, y **NO MAS DE TREINTA (30) DIAS DE CALENDARIO** la sangre es analizada para **VIH O HEPATITIS C** por medio de análisís de anticuerpos y el análisís resulta negativo.
4. **NO MAS DE DIECIOCHO (18) MESES** después de la fecha de la posible exposición importante en el trabajo, el empleado es examinado nuevemente y los resultados del análisís son positivos por VIH o el empleado ha sido diagnosticado como positivo por la presencia de VIH, o **NO MAS DE SIETE (7) MESES** después de la fecha de la posible exposición importante en el trabajo, el empleado es examinado nuevamente y los resultados del análisis son positivos por la presencia de Hepatitis C o el empleado ha sido diagnosticado como positivo por la presencia de Hepatitis C.

Primary Insured/Employer Name:
Employment Enterprises Inc
Location Insured/Employer Name (DBA):

MANTENER FIJO EN UN LUGAR SOBRESALIENTE JUNTO AL AVISO A LOS EMPLADOS SOBRE COMPENSACION PARA TRABAJADORES

ESTE AVISO HA SIDO APROBADO POR LA COMISION INDUSTRIAL DE ARIZONA PARA USO DE LAS ASEGURADORAS

10550 Linden Lake Plz Ste 200, Manassas, VA 20109-6495

Provided by PostingNotice.com