

**INFORME DE LESIÓN DEL EMPLEADO
EMPLEADO LESIONADO DEBE COMPLETAR
FORMULARIO**



NUMERO DE RECLAMO _____

Para permitir a la compañía dar su caso atención inmediata de acuerdo con la ley de la compensacion, llene el formulario por favor y vuélvalo inmediatamente en el sobre incluido que no requiere ninguna estampilla.

NOMBRE DEL EMPLEADOR		CUANTO TIEMPO USTED HA TRABAJADO PARA ESTE EMPLEADOR?	
USTED ESTÁ VIVIENDO EN LA CASA O EL LOCAL DE SU EMPLEADOR?		SI ESTÁ RELACIONADO CON EL EMPLEADOR, INDIQUE LA RELACIÓN	
OCUPACIÓN CUANDO SE LESIONO		USTED HACÍA SU TRABAJO REGULAR?	
QUIEN LE PAGABA SU SUELDO CUANDO SE LESIONO?	SU SUELDO CUANDO SE LESIONO (por día, por semana)	DÍAS DEL TRABAJO POR SEMANA	
AL TIEMPO DE LA LESION, ERA UN TRABAJADOR DE PLANTA O TEMPORAL?	EDAD	ESTA CASADO/A?	CUANTOS HIJOS TIENE Y EDAD DE ELLOS
SI ES MENOR DE 21 ANOS, PROVEER NOMBRE Y DIRECCION DE PADRES O GUARDIAN			
Fecha De Lesión (Hora)		Fecha Que Le Forzaron Dejar El Trabajo Debido a Su Lesión (La Hora)	
LUGAR EN DONDE LESIÓN FUE SOSTENIDA (DIRECCION, CIUDAD)		ESTABA USTED EN EL LOCAL DEL EMPLEADOR?	
LESIÓN FUE CAUSADA POR OTRA PERSONA?		NOMBRE DE LA OTRA PERSONA	
CON QUIEN ESTA EMPLEADO LA OTRA PERSONA?			
USTED HA DEMANDADO O ESTA RECIBIENDO PAGOPOR ESTA LESIÓN?		DE QUIÉN?	
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE DOS TESTIGOS			
CUÁNDO REPORTO SU LESIÓN POR PRIMERA VEZ? (FECHA Y HORA)		A QUIÉN REPORTO SU LESIÓN POR PRIMERA VEZ?	
NOMBRE DE SU DOCTOR		DIRECCION DEL DOCTOR	
USTED HA VUELTO AL TRABAJO?		SI ES ASÍ QUÉ FECHA REGRESO?	
DESCRIBA SU LESIÓN Y CÓMO SUCEDIÓ EL ACCIDENTE			
FECHA DE ESTE INFORME		FIRMA	
DIRECCIÓN (DIRECCION, CIUDAD)		NÚMERO DE TELÉFONO	