

REPORTE DE LESIÓN DEL EMPLEADO



Núm. de Reclamo _____

Para permitir que la Compañía atienda su caso con prontitud de acuerdo con la ley de compensación, por favor llene la forma en totalidad y devuélvalo de inmediato en el sobre adjunto que no requiere estampilla postal.

NOMBRE DEL EMPLEADOR		¿CUÁNTO TIEMPO HA TRABAJADO PARA ESTE EMPLEADOR?	
OCUPACIÓN CUANDO SE LESIONÓ		¿ESTABA HACIENDO SU TRABAJO HABITUAL?	
		SALARIO CUANDO SE LESIONÓ (Por día, por semana)	DÍAS LABORALES POR SEMANA
¿ERA USTED UN EMPLEADO TEMPORAL O PERMANENTE?	EDAD	¿ESTÁ CASADO?	CUANTOS HIJOS TIENE Y SU EDADES?
SI ES MENOR DE 21 AÑOS, PROPORCIONE EL NOMBRE Y DIRECCIÓN DE SU PADRE O TUTOR			
FECHA Y HORA DE LA LESIÓN		FECHA Y HORA EN QUE SE VIO OBLIGADO A DEJAR EL TRABAJO DEBIDO A SU LESIÓN	
UGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (No., Calle, Ciudad o Pueblo)		¿ESTABA USTED EN LAS PROPIEDAD DEL EMPLEADOR?	
¿LA LESIÓN FUE CAUSADA POR OTRA PERSONA?		NOMBRE DE LA OTRA PERSONA	
¿PARA QUIÉN TRABAJA ESA PERSONA?			
NOMBRES Y DIRECCIONES DE LOS TESTIGOS			
¿CUÁNDO REPORTÓ SU LESIÓN POR PRIMERA VEZ?		¿A QUIÉN REPORTÓ SU LESIÓN POR PRIMERA VEZ?	
NOMBRE DE SU MÉDICO		DIRECCIÓN DEL MÉDICO	
¿HA REGRESADO AL TRABAJO?		SI ES ASÍ, ¿QUÉ FECHA?	
DESCRIBA SU LESIÓN Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE			
FECHA DE ESTE REPORTE		FIRMA	
CORREO ELECTRÓNICO		NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	
DIRECCIÓN (No., Calle, Ciudad o Pueblo)		NÚMERO DE TELÉFONO	