PRIMER REPORTE DE HERIDA

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre			Género		No. de Seguro Social
Dirección		Ciudad	Estado	Codigo Postal	No. Telefónico
Fecha de Nacimiento	Ocupación	Departamento	Turno ☐1er ☐2do ☐3er		Fecha de Empleo

DETALLES DE HERIDA(S)

Fecha de Herida	Hora de la Herida	Fecha Reportada	Hora Reportada
Direccion donde occurrio herida			
Estaba el empleado hacienda su trabajo regular?		Nombre del Supervisor	
Descripción del Accidente			
Descripción de herida(s)/Parte(s) del Cuerpo			
Causa de la herida (herramienta, caída, máquina, etc.)			

Nombre de Proveedor Medico	Dirección	No. Telefónico
Nombre de Testigo	Dirección	No. Telefónico
Nombre de Testigo	Dirección	No. Telefónico

Fecha que empezo desabilidad	Fecha de regreso al trabajo	Salario Por Hora $ Semanal $
Promedio de sueldo semanal antes las deducciones (Por lo menos 12 semanas antes del accidente, o numero de semanas trabajadas.)		

DOCUMENTOS ADJUNTOS (Requiridos):

1) **Reconocimiento de Recibo del Resumen de Descripción del Plan - firmado por el empleado**
2) **Documento de Autorización de Tratamiento Médico - firmado**

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

Nombre del Empleador	No. de Póliza	No. de Indentificacion de Impuestos Federales
Dirección del Empleador		No. Telefónico
Persona Completando Este Reporte		Fecha Completado

El empleador acuerda ofrecer trabajo modificado para empleados parcialmente desabilitados capaces de regresar a alguna forma de trabajo, siguiendo las indicaciones de su medico.

Firma del Empleador/Patron: _____ Posición _____

Envíe forma completa por fax al (713) 744-9675 o Llame al (888) 688-0775