

**REPORTE DE ACCIDENTE DEL EMPLEADO
PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADO LESIONADO**

Nombre del Empleado Lesionado _____ Fecha de Lesión ____ / ____ / ____

Propietario-operador de la tienda _____ Ciudad de Lesión _____ Tienda No. _____

PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADO LESIONADO

1. Domicilio _____ Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Teléfono (____) _____ - _____

2. S.S. # ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Título del Trabajo _____

3. Departamento don de se lesiono _____ Día de la Semana _____ Hora _____

4. Describa los detalles del accidente (como, que, donde, por que): _____

5. ¿Naturaleza, alcance, lugar y grado de la lesión en el cuerpo? _____

6. ¿Hubo testigos oculares del accidente? SI _____ NO _____

Si es si, de sus nombres: _____

I, _____, (empleado), el abajo firmante certifica que la declaración de los hechos aquí mencionados es verdadera y correcta, y que yo hice tal declaración por mi propia voluntad. Yo entiendo que mi Empleador no tiene seguro del "Workers' Compensation", y además, de que cualquier pago que se haga a mi o a alguien mas por los gastos relacionados con mi accidente y la lesión que de ello haya resultado no es en ninguna forma admisión de responsabilidad por parte de mi Empleador. También autorizo a un representante designado por mi Empleador para que me acompañe a cualquier proveedor de salud cuando reciba tratamiento o servicios médicos por una lesión ocupacional que ocurrió durante mi empleo con mi Empleador. Reconozco, además, que se me puede requerir someterme a un examen de droga/alcohol por cualquier lesión ocupacional que requiera tratamiento medico, y liberar a mi Empleador de cualquier responsabilidad que resulte de dicho examen o por dar a conocer los resultados del examen.

X: _____ / ____ / ____
FIRMA DEL EMPLEADO FECHA

X: _____ / ____ / ____
FIRMA DEL TESTIGO FECHA

NOMBRE IMPRESO DEL TESTIGO

X: _____ / ____ / ____
FIRMA DEL TRADUCTOR (Si es aplicable) FECHA

NOMBRE IMPRESO DEL TRADUCTOR

**Quando se llene el reporte, envíelo al propietario operador de la tienda y a
Sedgwick, Attn: Chuck Eastwood. Fax # 210-332-1590**