

**REPORTE DEL ACCIDENTE DEL SUPERVISOR
PARA SER LLENADO POR EL SUPERVISOR O ADMINISTRADOR**

TIENDA NÚMERO NACIONAL: _____

Empleado: _____ Seguro Social #: _____ - _____

Dirección de Domicilio: _____ Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Teléfono en Casa: (____) _____ - _____

Departamento: _____ Título del Trabajo: _____ Fecha de Contratación: ____ / ____ / ____

Duración en la Ocupación: _____ Salario \$ _____ /hora

INFORMACION DEL ACCIDENTE:

Departamento Donde Se Lesiono: _____

Fecha de la Lesión: ____ / ____ / ____ Día de la Lesión: _____ Hora de la Lesión: _____

¿Que Causo el Accidente? _____

Explique como ocurrió el accidente, que estaba haciendo el empleado, y que parte de su cuerpo resulto afectada: _____

Haga una lista a del equipo protector especial que se proporciona o se requiere (tal como gafas protectoras, zapatos especiales, cascos, etc.) _____

¿Se estaba usando o llevando dicho equipo al momento del accidente? Si _____ NO _____

¿Si es no, porque no? _____

Nombre del Testigo: _____

Dirección: _____ Teléfono #: (____) _____ - _____

REPORTE DEBE HACERSE DENTRO DE 24 HORAS DEL ACCIDENTE:

Supervisor o Administrador Que Llena el Reporte (Nombre Impreso): _____

Firma del Supervisor: _____

Dirección de la Compañía: _____

Número de Teléfono: (____) _____ - _____

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