

**EMPLOYEE ACCIDENT REPORT
TO BE COMPLETED BY INJURED EMPLOYEE**

Injured Employee Name: _____ Date of Injury: ____ / ____ / ____

Owner/Operator Name: _____ City of Injury: _____ Store No: _____

TO BE COMPLETED BY INJURED EMPLOYEE

1. Home Address: _____ Apt #: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ Tel. No. (____) _____ - _____

2. S.S. #: _____ - _____ - _____ Date of Birth: ____ / ____ / ____ Job Title: _____

3. Department where injured: _____ Day of Week _____ Time _____

4. Describe details of accident (how, what, where, why): _____

5. Nature, extent, degree and body location of injury _____

6. Were there any eyewitnesses to the accident? YES _____ NO _____

If yes, give their names _____

I, _____, (employee), the undersigned herewith certify that the above is a true and correct statement of fact, and that I made such statement of my own free will. I understand that my Employer does not carry Workers' Compensation insurance, and furthermore, that any payments to me or anyone else for expenses in connection with my accident and resulting injury is not an admission of liability on the part of my Employer. I also authorize a designated representative of my Employer to accompany me to any healthcare provider when receiving medical treatment or services for an occupational injury that occurred during my employment with my Employer. I further acknowledge that I may be required to submit to a drug/alcohol screening for any occupational injury that requires medical treatment, and release my Employer from all liability relating to such testing or the release of test results.

X: _____ / ____ / ____
EMPLOYEE SIGNATURE DATE

X: _____ / ____ / ____
WITNESS SIGNATURE DATE

WITNESS NAME PRINTED

X: _____ / ____ / ____
TRANSLATOR SIGNATURE (If applicable) DATE

TRANSLATOR NAME PRINTED

**Submit this report to your restaurant owner operator promptly & fax to
Sedgwick, Attn: Chuck Eastwood. Fax # 210-332-1590**

**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: _____

Cuidad: _____ 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**