

**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**