



Informe del Empleado sobre la Lesión

Por favor complételo y envíelo, sin importar lo leve que sea la lesión.

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____ No. S.S.: _____

Dirección: _____ Apt. _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Empleador: _____ Cargo: _____ Departamento: _____

Se reportó la lesión a: _____ Puesto: _____ Fecha en que se reportó: _____

Fecha de la lesión: _____ Último día que trabajó: _____ Fecha del regreso al trabajo: _____

¿Dónde ocurrió la lesión? _____

¿Qué estaba haciendo Ud. cuando ocurrió la lesión? _____

¿Cómo ocurrió la lesión? _____

¿Qué objeto o sustancia causó la lesión? _____

Tipo de lesión: _____ Parte del cuerpo: _____

¿Qué tipo de tratamiento recibió? _____

¿Quién presenció el accidente? _____

¿Alguna otra persona causó la lesión? No Sí Nombre _____

¿En el accidente estuvieron involucrados equipo o empleados de otra compañía? No Sí

¿Qué acciones (de haber alguna) se realizaron para prevenir que ocurran accidentes similares? _____

¿Hizo Ud. una reclamación de Indemnización Laboral durante el año pasado? No Sí De ser Sí, cuándo: _____

¿Había tenido Ud. antes una lesión en esta parte del cuerpo? No Sí De ser Sí, cuándo: _____

Nota: Cualquier persona que, a sabiendas, proporciona a otra parte información falsa, incompleta o engañosa con el propósito de obtener beneficios de indemnización laboral, es culpable de un delito mayor y puede resultar en encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios del seguro. :

Nombre del Empleado (escriba con mayúsculas): _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Por favor envíe el formulario completo por fax a (888) 252 -5217 o por correo electrónico a risk@keyhro.com