



IMPORTANTE
Para ser completado por
el Empleador

Informe del Empleador sobre la Lesión

Página 1 de 3

Complete y envíe este informe por correo electrónico dentro de 24 horas de la hora del accidente.

6959 University Blvd, Winter Park FL 32792 | Llamada gratis (800) 922-4133 | Fax (888) 252-5217 | www.keyhro.com

El supervisor designado por el cliente debe notificar a Key HR (en este formulario) de cada lesión o enfermedad que haya sufrido un empleado, que haya surgido a causa del trabajo y en el curso del empleo.

Por favor, llene este formulario haciendo clic en los campos y escribiendo en cada línea correspondiente.

Empleado

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____ No. S.S.: _____
Dirección: _____ Apt. _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número de Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Departamento: _____

Historial de Reclamaciones

¿Hizo anteriormente este Empleado alguna Reclamación de Indemnización Laboral? No Sí De ser "sí", por favor dé detalles abajo, como la fecha de la reclamación y tipo de lesión. _____

Empleador

Empleador Actual: Key HR LLC Nombre de la Compañía: _____ Fecha de Contratación: _____

Información sobre la Compañía

Dirección de la Oficina: _____ Suite: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono _____ Fax: _____ Tipo de Negocio: _____

Accidente

Fecha de la Lesión: _____ Hora de la Lesión: _____ AM PM Fecha de Notificación al Empleador: _____

Último día que Trabajó: _____ Fecha de Regreso al Trabajo: _____ Código Clase: _____

Ocupación del Empleado (Cargo) Cuándo Se Lesionó: _____ Departamento: _____

¿Se puede proporcionar un puesto con tareas ligeras? No Sí ¿En las Instalaciones de la Compañía? No Sí

Naturaleza de la Lesión: _____ Parte del cuerpo lesionada: _____

¿Trabajó Claimaint en la ubicación del cliente de su empresa? No Sí

Nombre / dirección / lugar del Accidente _____

¿Se le pagó al empleado por el día en que se lesionó? No Sí Hora en la que el empezó a trabajar el empleado: AM PM

Nombre del Hospital o Clínica: _____ Teléfono _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Si la Validad de la Reclamación está en Duda, Dé el Motivo: _____

Causa del Accidente

¿Cómo Sucedió el Accidente? _____

Especifique la Maquina, Herramienta, Sustancia u Objeto más relacionado con el Accidente: _____

¿Qué estaba haciendo el Empleado cuando ocurrió el Accidente? _____

Si otra persona no empleada en la Compañía causó el Accidente, dé el nombre y dirección: _____

Por favor envíe el formulario por fax al (888) 252 -5217 o por correo electrónico a risks@KeyHRO.com



Informe del Supervisor sobre la Lesión

Por favor complételo y envíelo dentro de 24 horas, sin importar lo leve que sea la lesión.

Compañía: _____

Empleado Lesionado: _____

Fecha de la Lesión: _____ Hora de la Lesión: _____ AM PM

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

¿Se le pagó al empleado por el día completo de trabajo? No Sí

¿Perdió el empleado al menos un día completo de trabajo después de la lesión? No Sí

Último día que trabajó: _____ Hora _____ AM PM

¿Ha regresado el empleado al trabajo? No Sí Fecha: _____

¿Estaba haciendo el empleado sus tareas asignadas? No Sí

Lugar donde ocurrió la lesión: _____

¿Qué estaba haciendo el empleado cuando se lesionó? _____

¿Cómo ocurrió la lesión? _____

¿Objeto o sustancia que lesionó al empleado? _____

Tipo de lesión: _____ Parte del cuerpo: _____

¿Qué tipo de tratamiento se 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 procedimientos de seguridad (de haberlos) se incumplieron? _____

¿Es el empleado un directivo, asociado o pariente del empleador? No Sí

En el reverso, por favor incluya cualquier comentario adicional que considere importante:

Nombre del Supervisor (escriba en mayúsculas): _____ Fecha _____

Firma del Supervisor: _____

Por favor envíe el formulario por fax al (888) 252 -5217 o por correo electrónico a risks@KeyHRO.com



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: _____

Reportó la lesión a: _____ Cargo _____ 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 De ser Sí, cuándo: _____

¿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 por fax al (888) 252 -5217 o por correo electrónico a risks@KeyHRO.com