



Informe del Supervisor sobre la Lesión

Por favor complételo y envíelo dentro de 24 horas, independientemente de 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: _____

¿Le pagaron al empleado el día entero de trabajo? No Sí

¿Perdió el empleado al menos un día entero 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 el empleado realizando sus tareas asignadas? No Sí

Lugar donde ocurrió la lesión: _____

¿Qué estaba haciendo el empleado cuando se lesionó? _____

¿Cómo sucedió la lesión? _____

¿Qué objeto o sustancia lastimó al empleado? _____

Tipo de lesión: _____ Parte del cuerpo: _____

¿Qué tratamiento recibió? _____

¿Quién presenció el accidente? _____

¿Fue causado el accidente por otra persona? No Sí Nombre: _____

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

¿Qué procedimientos de seguridad se incumplieron (de haber alguno)? _____

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

Por favor incluya en el reverso cualquier comentario adicional que piense que sea importante.

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

Firma del Supervisor: _____

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



Informe del Empleado sobre la Lesión

Por favor complételo y envíelo independientemente de lo leve que sea la lesión.

Apellido: _____ Nombre: _____ M.I. ___ NSS: _____

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

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

Empleador: _____ Cargo en el trabajo: _____ Departamento: _____

Lesión reportada a: _____ Puesto: _____ Fecha del reporte: _____

Fecha de la lesión: _____ Último día trabajado: _____ Fecha de regreso al trabajo: _____

¿Dónde ocurrió la lesión? _____

¿Qué estaba haciendo 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? _____

¿Fue la lesión causada por otra persona? No Sí Nombre: _____

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

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

En el último año, ¿ha tenido Ud. una reclamación de Indemnización Laboral? No Sí De ser Sí, cuándo: _____

¿Se había lastimado anteriormente 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 por fax al (888) 252-5217 o correo electrónico a risk@keyhro.com