

EMPLOYEE'S REPORT OF INJURY - INFORME DE LESION

To be completed and signed by injured worker - Este informe debe ser llenado por el trabajador lesionado.

(Instruction: Fax to HR 310-900-5552)

Numero y Nombre de la instalacion:		
Nombre del Empleado: (Apellido, Nobre, Inicial)	Numero de Seguro Social: - -	Numero de Telefono: () -
Direccion del Empleado: Calle: Unidad: Ciudad: Estado: Codigo postal:	Fecha De Nacimiento: Sexo: ___ Masculino, ___ Femenino Casado/a: ___ Si, ___ No Numero de dependientes: ___ Titulo de Trabajo: _____	
En este momento necesita atencion medica? ___ Si, ___ No		
Fecha de la proxima cita con el medico: Tiene restricción o limitación medica? ___ Si, ___ No Se le ha permitido regresar al trabajo? ___ Yes, ___ No Esta satisfecho/a con el tratamiento medico dado? ___ Si, ___ No. . Si la contestacion es NO por favor explicar aqui.. _____		
Fecha de Lesion: Tiempo o hora de Lesion: A que hora empezaste el dia de trabajo:	Quien fue la primera persona que recibio el informe de la lesion? Nombre de testigo/s?	
Que estabas haciendo en el momento de la lesion? Ejemplo: Abriendo una caja de carton..		
Que equipo o material causo la lesion? Ejemplo: navaja, herramienta, afilador, forklift, piso.		
Como ocurrio la lesion? Ejemplo: Estaba abriendo una caja con una navaja, cundo la navaja me corto el dedo indice de la mano izquierda...		
Lista de areas del cuerpo afectadas por a lesion: Ejemplo: lesion en el dedo indice de la Mano izquierda		
Firma del Empleado:		Fecha:

BELOW TO BE COMPLETED BY HR

Case Number From OSHA Log 300: Name of Doctor / Facility: Address:	Date Injury Reported To Management: If Restrictions, Date Restrictions Started: If Lost Work Days, Date Of First Lost Work Day: If Lost Work Days, Date Employee Returned To Work:
--	---