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 310-632-6408)

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 restriccion o limitacion 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 estavas 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: Estava abriendo una caja con una navaja, cundo la navaja me corto el dedo indice de la mano izquierda…		
Lista de areas del cuerpo affectadas 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:	Date Injury Reported To Management:
Name of Doctor / Facility: Address:	If Restrictions, Date Restrictions Started: If Lost Work Days, Date Of First Lost Work Day: If Lost Work Days, Date Employee Returned To Work:

Revised October 2007