

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.
(Instrucciones: Enviar por correo electrónico a Drew Reynolds areynolds@4wp.com y Stephanie Alvarado salvarado@explorerprocomp.com el día de la lesión o el día informado

Numero y Nombre de la instalacion:		
Nombre del Empleado: (Apellido, Nombre, 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 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, cuando 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:	Date Injury Reported To Management:
Name of Doctor / Facility:	If Restrictions, Date Restrictions Started:
Address:	If Lost Work Days, Date Of First Lost Work Day: If Lost Work Days, Date Employee Returned To Work: