



INFORME DEL EMPLEADO SOBRE EL INCIDENTE

Nombre del cliente que emplea al trabajador lesionado

COMPLETE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

Fecha de este informe: ____/____/____ Fecha del incidente: ____/____/____.

Nombre del trabajador lesionado: _____ No. Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Fecha en que el empleado reportó el incidente: ____/____/____

Domicilio del empleado: _____ Teléfono del empleado: _____

Ciudad, Estado y Código Postal: _____ Estado marital: _____

Salario o sueldo semanal (o por hora): _____ Número de dependientes: _____

Hora en que ocurrió el incidente: _____ Hora en que el empleado se reportó al trabajo el día del incidente: _____

Persona a quien el empleado reportó el incidente: _____

Cliente donde ocurrió el incidente: _____

Dirección donde ocurrió el incidente: _____

Describe en detalle el incidente (cómo, por qué, dónde, qué): _____

Tipo de lesión (corte, torcedura, moretón, fractura, etc.): _____

Qué parte del cuerpo se lastimó (sea específico): _____

¿Hay algún problema de seguridad que haya contribuido a esta lesión? Si lo hay, por favor indique: _____

Escriba todos los testigos de este incidente: _____

Escriba todas las lesiones anteriores en el trabajo y fuera del trabajo en los últimos 10 años que hayan requerido atención médica (incluya fechas, lesiones y partes del cuerpo): _____

Yo, el empleado abajo firmante, certifico que la información anterior es cierta y correcta, a mi leal saber y entender, y que presento esta declaración por mi propia voluntad. Entiendo que cualquier pago que me hagan o que se haga a cualquier otra persona por los gastos relacionados con mi accidente y la lesión resultante no son admisión de responsabilidad por parte de mi empleador ni de la Compañía de Seguros. Autorizo a mi empleador el acceso completo a mi historial médico, informes de radiología, evaluaciones de alcohol/drogas y documentos de cualquier tipo relativos a mis lesiones/enfermedades pasadas o presentes. Por la presente estoy de acuerdo de revelar esta información y de eximir de responsabilidad a los proveedores médicos por la divulgación de esa información como se establece en esta autorización. "Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para que se le pague por una pérdida es culpable de un delito y puede exponerse a multas y confinamiento en prisión estatal".

FIRMA DEL EMPLEADO

FECHA DEL INFORME

TRADUCIDO por (de ser necesario)

El Empleador y Bridge HR Staffing litigarán todas las reclamaciones fraudulentas reportadas hasta el máximo jurisdiccional. Debido a la política de empleo, es obligatorio hacer la prueba de drogas en todas las reclamaciones que se reporten. ****OBLIGATORIO DENTRO DE 24 HORAS DEL ACCIDENTE****