**COMPENSACIÓN POR ACCIDENTE DE TRABAJO**

**PRIMER INFORME DE LESIÓN Y ENFERMEDAD**

**Responda TODAS las preguntas. Firme y entregue a su supervisor inmediatamente. Haga una copia y conserve para sus archivos.**

|  |
| --- |
| **Sección I:** **INFORMACIÓN DEL EMPLEADO**  |
| **Apellido** | **Nombre** | **inicial del Segundo Nombre** |
| **Número de teléfono**  | **Fecha de Nacimiento** | **Edad** | **Género**[ ]  M [ ]  F | **Número de Seguridad Social** | **Salario Semanal Promedio** |
| **Dirección**  | **Ciudad** | **Estado** | **Código Postal** |
| **Ocupación / Cargo** | **Fecha de Contratación**  | **Condición laboral**[ ]  Tiempo Completo [ ]  Tiempo parcial  | **Horas por día** | **Horas por semana** | **Departamento** |
| **Escuela / Lugar donde ocurrió el accidente (calle, ciudad, código postal)** | **Supervisor Inmediato**  |
| **Sección II: INFORMACIÓN MÉDICA DEL EMPLEADO****¿Recibió tratamiento médico? [ ]  S [ ]  N (*Si no recibió tratamiento médico, continúe con la sección III)***  |
| *\*\*\*\*En caso de que el empleado reciba tratamiento médico después del informe inicial del accidente, el empleado puede comunicarse con PMA al 1-888-476-2669.* |
| **Alguna pérdida de tiempo** [ ]  S [ ]  N | **De ser si, fecha de inicio de discapacidad** | **Si no está trabajando, ¿se mantendrá el salario?** |
| **Nombre del Médico Tratante**  | **Hospitalización**  |
| **Dirección del Médico Tratante** | **Nombre del Hospital** |
| **Ciudad Estado Código Postal** | **Ciudad Estado Código Postal** |
|  |
| **Sección III: INFORMACIÓN SOBRE INCIDENTES (*Favor completar toda la sección)*** |
| **Fecha de lesión o enfermedad: (Mes / Día / Año)** | **Hora de la lesión / enfermedad**  | **[ ]  AM [ ]  PM** |
| **¿Es esto una reaparición de una lesión o enfermedad anterior?****[ ]  Sí [ ]  No** |
| **Si la respuesta es "Sí", por favor describa detalles (es decir, la fecha de la lesión anterior y describa los detalles)** |
| **Describa la (s) parte (s) del cuerpo lesionado / la naturaleza de la enfermedad ocupacional (es decir, brazo izquierdo, pie derecho, cabeza, múltiples, etc.)** |
| **Naturaleza de la lesión / enfermedad (es decir, laceración, quemaduras, fractura, distensión, etc.)** |
| **Causa de lesión / enfermedad (vehículo, máquina, esfuerzo o lesión por levantar algo, etc.)** |
| **Descripción de la lesión / enfermedad ocupacional** |
| **Si el empleado no está disponible para la firma, explique las circunstancias en este espacio e ingrese el incidente**  |

***SIGUE →***

** COMPENSACIÓN POR ACCIDENTE DE TRABAJO**

**PRIMER INFORME DE LESIÓN Y ENFERMEDAD**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  **Firma del Empleado** |  |  **Fecha** |

|  |
| --- |
| **SECCIÓN IV: TESTIGO(S)** |

 **[ ]  Sí [ ]  No**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  **Nombre (en letra de imprenta)** |  |  **Teléfono #** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  **Nombre (en letra de imprenta)** |  |  **Teléfono #** |

|  |
| --- |
| **SECCIÓN V: INFORMACIÓN DEL SUPERVISOR** |
| **Fecha de Notificación del Supervisor: (Mes /Día /Año)** | **Hora de la Notificación del Supervisor:****[ ]  AM [ ]  PM** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  **Nombre del Director / Supervisor (en letra de imprenta)** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  **Firma del Director / Supervisor** |  |  **Fecha** |

**AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, USTED AFIRMA QUE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR USTED ES VERDADERA. TENGA EN CUENTA QUE HACER UNA DECLARACIÓN FALSA CON CONOCIMIENTO EN RELACIÓN CON UNA SOLICITUD DE BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN LABORAL O DE DISCAPACIDAD ES UN DELITO. CUALQUIER PERSONA QUE HAGA UNA DECLARACIÓN FALSA CON CONOCIMIENTO EN RELACIÓN CON ESTA SOLICITUD PUEDE SER OBJETO DE UN PROCESO PENAL QUE PODRÍA DAR LUGAR A MULTAS Y/O ENCARCELAMIENTO.**