



Informe de lesión del empleado

El empleado lesionado debe completar este formulario, no el supervisor del empleado.

Fecha del incidente ____/____/____ Fecha reportada ____/____/____
 Hora de la lesión: ____:____ AM PM Tiempo que comenzó el trabajo ____:____ AM PM
 A quien se le reporto? _____
 Recibió la lista de proveedores médicos de su supervisor? Si No

Si hubo una demora reportando la lesión, por favor explique el motivo de la demora: _____

REQUERIDO: Su horario regular de trabajo:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Horas totales semanales

Si trabaja en un turno nocturno, documente las horas de ese turno el día de la semana en que comienza el turno.

Información personal/Personal Information

Nombre completo _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____
 Número de Teléfono _____ Genero: Masculino Femenina No Binario
 Numero de Empleado # 87 _____ Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado Viudo(a) Otro
 Posición _____ Tiempo Completo Tiempo Parcial Fecha de contratación ____/____/____
 Departamento _____ Idioma Preferido: _____

Information de Accidente Se Especificó. Incluya el edificio, interior/externo, lateral del edificio, numero de habitación, etc. Lugar del accidente: _____

¿Termino su turno el día que se lesiono? Si No

¿Algún testigo?

Nombre _____ Relación _____ Número de Teléfono _____

Proporcione una descripción detallada de como ocurrió el accidente o la lesión. Incluya lo que estaba haciendo en el momento de la lesión, las condiciones, el equipo que se usa, si usabas equipo de protección personal (PPE), causa, ubicación específica, etc.

Parte(s) del cuerpo lesionada(s) _____ Izquierda Derecha No aplicable

Fuiste o planeas ir al doctor? Si No Dónde? _____

Si busca tratamiento y desea que esté cubierto por el seguro de compensación para trabajadores, debe buscar tratamiento en un proveedor que figure en la lista de proveedores médicos de compensación para trabajadores.

Firma de Empleado: _____ Fecha: ____/____/____

Devuelva este formulario completo a su supervisor. Si su supervisor no está disponible, envíe este formulario por correo electrónico directamente a risk@du.edu. Si envía un correo electrónico directamente, escriba "DU Confidential" en la línea de asunto.