

NOMBRE: _____ FECHA: _____ / _____ / _____

FECHA DEL INCIDENTE : _____ / _____ / _____

¿ Quién es tu empleador ? _____

Dirección del empleador: _____

Número de teléfono del empleador: _____ Fax #: _____

Su ocupación / título de trabajo: _____

Por favor haga una lista de sus deberes de trabajo regulares y / o de lo que se espera de usted:

Compañía de Seguros: _____ Incidente reportado? **Sí No**

Nombre reclamar Ajustador 's: _____ Reclamo # : _____

Dirección de Compañía de Seguros: _____

Teléfono#: _____ del Ajustador de Correo Electrónico: _____

¿Tienes un abogado? **Sí No** Nombre del Abogado: _____

Ubicación del incidente : _____ **Hora:** ____: ____ **am pm**

Breve Descripción del Incidente:

Reportado al empleador? **Sí No** ¿Actualmente trabajando? **Sí No** Último día trabajado: ____ / ____ / ____

¿Te golpeaste la cabeza? **Sí No** ¿Perdiste la conciencia? **Sí No** ¿Cuánto tiempo? _____

¿Heriste alguna parte del cuerpo ? **Sí No** ¿Dónde? _____

¿ Experimentaste inmediatamente? Dolor? **Sí No** ¿Dónde? _____

“Este incidente ha reducido mi capacidad para trabajar; (Por favor estimar un %) : _____ % .”

¿Quién estaba en el Cene? **Compañero de trabajo Ambulancia Otro:** _____

¿Fuiste a un poratorio después del incidente ? **Sí No** ¿Dónde ? _____

¿Pruebas realizadas en el hospital? **Sí No** ¿Cuál? _____

Medicaciones recetadas? **Sí No** ¿Qué? _____

¿Se le ha explicado el diagnóstico? **Sí No** Explicar: _____

¿Otros doctores vistos para esta lesión? **Sí No** ¿Quien? _____

¿Ha tenido algún otro lesiones en el trabajo, accidente automovilístico o lesiones / caídas? **Sí No**

Firma: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____