

Solamente Para el Uso de la Oficina Aplicar Para Corte? _____

Rason _____

Recivido: _____

DATOS DE COMPENSACION DE TRABAJADORES

LA FECHA DE HOY: _____ REFERIDO POR: _____

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

NUMERO DE CASA: () _____ CELL: () _____ SSN: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: () _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

***** INFORMACION DEL ACCIDENTE *****

FECHA DE ACCIDENTE: _____ LUGAR DEL ACCIDENTE (Condado) _____

PARTE(S) DEL CUERPO LASTIMADO: _____

COMO SE LASTIMO: _____

¿SE LASTIMO GRADUALMENTE? ¿O DE UN SOLO? Marque uno

¿REPORTO SU ACCIDENTE? SÍ NO Si marcó "Sí" a quien y Cuando? _____

¿LLENO USTED UN PRIMER REPORTE? SÍ NO

¿PERDIO USTED DIAS DE TRABAJO? SÍ NO

¿SI MARCÓ "SÍ" CUANTOS DIA?: _____ CUANTO LA HORA: \$ _____ HORAS POR SEMANA: _____

¿CUANTO TIEMPO a TRABAJADO para este TRABAJADOR ANTES DE LASTIMARSE? _____

FECHA DEL PRIMER DIA QUE BÚSCO TRATAMIENTO: _____

¿SE HA LASTIMADO ESTA PARTE DE SU CUERPO ANTES? SÍ NO

SÍ MARCÓ "SÍ" EXPLIQUE COMO OCCURIO LA HERIDA ANTERIOR?: _____

***** INFORMACION DE EMPLEO *****

EMPLEADOR EN TIEMPO DE SÚ ACCIDENTE: _____ TELEPHONO: _____

LA DIRECCION: _____

SÚ TITULO EN EL TRABAJO: _____

PERSONA Que CONTACTAR Para INFORMACION de SALARIO: _____ TELEPHONO: _____

¿TENIA OTRO(S) TRABAJO(S) EN EL TIEMPO DE SU ACCIDENTE? SÍ NO

SÍ MARCÓ "SÍ" ¿DONDE? _____

¿QUE ERA SU PAGA EN BRUTO SEMANAL EN ESE OTRO TRABAJO? _____

LA COMPANIA DE COMPENSACION A TRABAJADORES, DIRECCION, Y NUMERO DE TELEFONO: _____

¿La Compania de Compensacion a Trabajadores ha Pagado Algunos BILLES MEDICALES? SÍ NO

A FIRMADO ALGUNOS PAPELES PARA LA COMPANIA DE COMPENSACION A TRABAJADORES O PARA SU EMPLEADOR ASERCA DE SU ACCIDENTE? SÍ NO

¿HA HABLADO CON LA COMPANIA DE ASEGURANSA? SÍ NO

¿La Compania de Compensacion a Trabajadores ha GRABADO en tape SU AFIRMACION? SÍ NO

***** **INFORMACION DE DOCTORES Y HOSPITALES*******

NOMBRES Y DIRECCIONES DE DOCTORES, HOSPITALES (INCLUYA TRANSPORTACION DE EMERGENCIAS, CENTROS DE EXAMINES, Y TERAPIAS):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

¿SABE USTED SI ALGUIEN FUERA DE SU EMPLEO ES CULPABLE DE SU ACCIDENTE? SÍ NO ¿SI MARCÓ "SÍ", DE NOMBRE, DIRECCION, Y TELEFONO: _____

¿A tenido UN CASO ANTES CON LA COMISSION DE COMPENSACION A TRABAJADORES?

SÍ NO

¿SÍ MARCÓ "SÍ", DE FECHA(S) Y HERIDA o HERIDAS: _____

