

# Informe de lesiones del empleado

**Paso 1: Por favor complete y envíe sin importar cuán menor sea la lesión.**

|                            |                       |                              |                          |
|----------------------------|-----------------------|------------------------------|--------------------------|
| Apellido:                  | Primer nombre:        | Inicial Segundo nombre:      | Número de Seguro Social: |
| Dirección:                 |                       |                              | Apt.                     |
| Ciudad:                    | Estado:               | Código Postal:               |                          |
| Número de Teléfono:        | Correo Electrónico:   | Fecha de Nacimiento:         |                          |
| Empleador:                 | Nombre del cargo:     | Departamento:                |                          |
| La lesión fué reportada a: | Nombre del cargo:     | Fecha Reportada:             |                          |
| Fecha de la lesión:        | Último día trabajado: | Fecha de regreso al trabajo: |                          |

¿Dónde ocurrió la lesión?

¿Qué estaba haciendo cuando ocurrió la lesión?

¿Cómo ocurrió la lesión?

¿Que objeto o sustancia generó la lesión?

Tipo de lesión: Parte del cuerpo:

¿Que tipo de tratamiento recibió?

¿Quien es testigo de la lesión?

¿Fue la lesión causada por otra persona?  No  Si

Nombre:

¿El accidente incluyó empleados o herramientas de otra empresa?  No  Si

¿Que acciones (si hay alguna) fueron tomadas para prevenir accidentes similares?

¿Ha tenido una reclamación de Compensación de Trabajadores en el último año?  No  Si

Si la respuesta anterior es afirmativa, Dónde:

¿Ha tenido una lesión previa en esta parte del cuerpo?  No  Si

Si la respuesta anterior es afirmativa, Cuándo:

|   |  |
|---|--|
| Departamento:   | Título del trabajo en el momento del incidente:  |
| ¿Va actualmente a terapia física?                       | Horario de trabajo:  |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Tiempo completo regular <input type="checkbox"/> Tiempo parcial regular |
| ¿Está tomando analgésicos?                              | <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Temporal                            |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Meses con este empleador:  |
| ¿Está tomando otros medicamentos?                       | Meses haciendo este trabajo:   |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |  |

En caso afirmativo, indique todos los medicamentos:

# Informe de lesiones del empleado

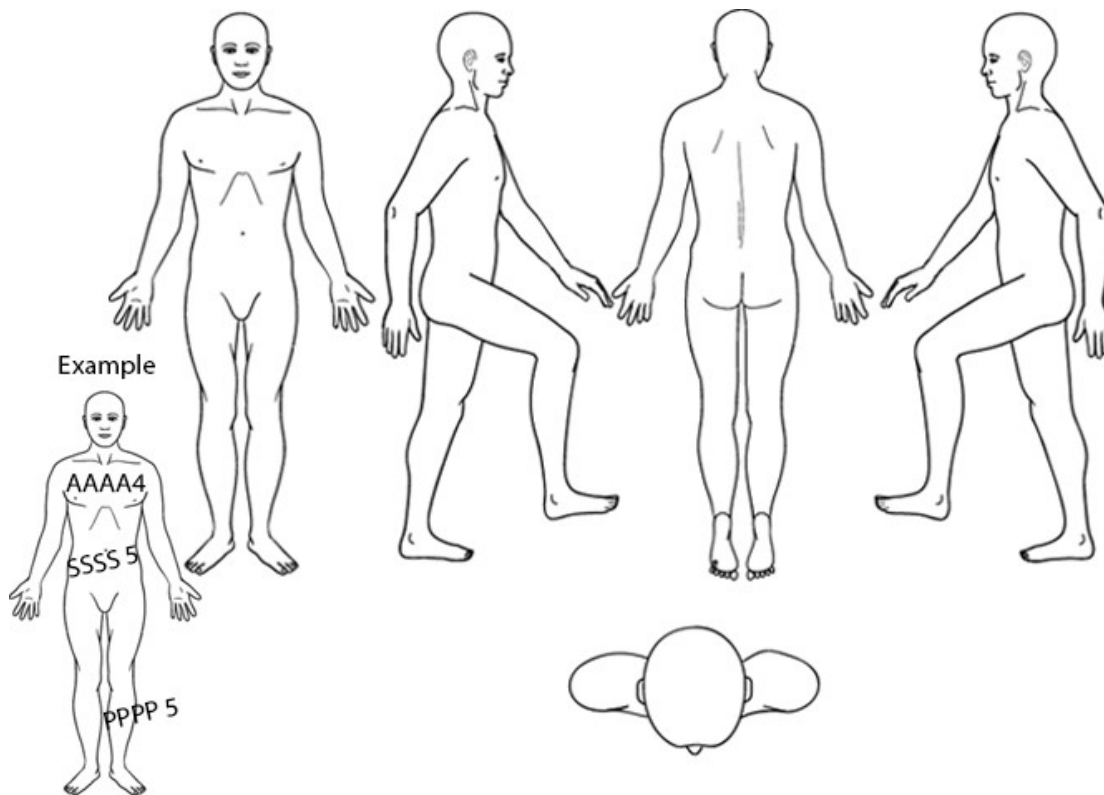
## Paso 2: Gráfico del dolor.

Marque las áreas de lesiones o molestias como se muestra en el ejemplo siguiente. Marque todas las áreas con los símbolos apropiados e indique el grado de dolor utilizando una escala de 1 (incomodidad) a 10 (dolor extremo).

|                     |                |        |       |       |          |
|---------------------|----------------|--------|-------|-------|----------|
| <b>Descripción:</b> | Entumecimiento | Agujas | Ardor | Dolor | Punzante |
| <b>Símbolo</b>      | NNNN           | PPPP   | BBBB  | AAAA  | SSSS     |

### Naturaleza de la lesión: (la más grave)

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abrasión, rasguños                             | <input type="checkbox"/> Amputación          | <input type="checkbox"/> Fractura de Hueso                | <input type="checkbox"/> Moretón              |
| <input type="checkbox"/> Quemadura (calor)                              | <input type="checkbox"/> Quemadura (química) | <input type="checkbox"/> Conmoción cerebral (a la cabeza) | <input type="checkbox"/> Lesiones aplastantes |
| <input type="checkbox"/> Corte, laceración, punción                     | <input type="checkbox"/> Hernia              | <input type="checkbox"/> Enfermedad                       | <input type="checkbox"/> Esguince, cepa       |
| <input type="checkbox"/> Daño a (ejemplo nervioso, respiratorio, etc..) |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Otro:  |  |   |   |



*Nota: Cualquier persona que a sabiendas proporcione información falsa, incompleta o engañosa a cualquier parte con el propósito de obtener beneficios de compensación de trabajadores es culpable de un delito grave y puede estar sujeta a prisión, multas y denegación de beneficios de seguro.*

Nombre del empleado (impreso)

Firma del empleado

Fecha

**Envíe un fax al (480) 289-6220 o envíe un correo electrónico a [WCNewClaims@Human-Capital.com](mailto:WCNewClaims@Human-Capital.com).**