**Declaración del Empleado del Accidente**

**(Employee Statement of Injury)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Empleado | | Seguro Social | |
| Fecha de Nacimiento | | Estado Civil | |
| Dirección | | Tel (casa) (     ) | |
| Ciudad | Estado | | Código postal |
| Fecha del accidente | | Hora | |
| Nombre de la Compañia donde usted estaba trabajando cuando sucedió el accidente | | | |
| Descripción del accidente (continue en el reverse de ésta hoja si en necesario): | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| ¿El levantar algo fué parte del accidente?  Si  No | | | |
| Si es así, escriba el peso aproximado de los articulos que levantó: | | | |
| ¿Estaba alguien ayudándolo?  Si  No | | | |
| Si es así, escriba el nombre de esa persona y explique: | | | |
| ¿De que naturaleza fué su lastimadura? (cortada, golpe, torcedura, etc.) | | | |
| ¿Que parte de su cuerpo fué lastimada? (dedo, rodilla, etc.) | | | |
| ¿Hubo alguna clase de equipo involucrado?  Si  No | | | |
| Si es así, describa: | | | |
|  | | | |
| ¿Que hubiese usted podido hacer para prevenir al accidente? | | | |
| ¿Estaba usted realizando sus labores normales cuando sucedió el accidente?  Si  No | | | |
| Si su respuesta es no, explique: | | | |
| ¿Se requeria del uso de equipo protector personal (guante, lentes/gafas/etc.) para realizar ese trabajo?  Si  No | | | |
| ¿Si es así, se le fué prohibido?  Si  No | | | |
| Explique: | | | |
| ¿Hubo testigos del accidente?  Si  No | | | |
| Enumerar los testigos enseguida: | | | |
| #1 Nombre | | Tel en casa (     ) | |
| #2 Nombre | | Tel en casa (     ) | |
| #3 Nombre | | Tel en casa (     ) | |

***Esto es un relato veridico y correcto del accidente.***

Firma del Empleado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Es un crimen dar falsa predisposición, se proveéa con información falsa, incompleta, mal guiada o engañosa, a cualquier persona, para transacciones de Compensación al Trabajador/Worker’s Compensation con el propósito de cometer fraude. La pena incluye cárcel, multa y negación de beneficios de seguro.*