**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.*