

InSource Employer Solutions

(Nombre del cliente de InSource que emplea al trabajador lesionado)

INFORME DE INCIDENTE DEL EMPLEADOR **COMPLETE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO**

Fecha de este informe: _____ Fecha del incidente: _____

Nombre del trabajador lesionado: _____ SS#: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha del incidente informado por el empleado: _____

Dirección de casa: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad, Estado y Código postal: _____ Fecha de contratación: _____

¿Tiene Seguro de Salud el trabajador lesionado? _____ ¿Condiciones preexistentes? _____

Ocupación del trabajador lesionado: _____ Tarifa de pago: _____

¿El trabajador lesionado trabaja a tiempo parcial o a tiempo completo? _____

¿El trabajador lesionado recibió pago completo por el día del accidente? _____

Días de la semana en las que trabaja el empleado lesionado: _____

Hora del incidente: _____ Hora en que el empleado se reportó para trabajar el Día del incidente: _____

Persona a la que el empleado notificó el incidente: _____

Cliente donde ocurrió el incidente: _____

Dirección donde ocurrió el incidente: _____

¿Se le administró al trabajador lesionado una prueba de detección de drogas inmediatamente luego del accidente? _____

En caso afirmativo, ¿cuáles fueron los resultados? _____ (Por favor envíe una copia de los resultados)

¿El empleado ha perdido tiempo de trabajo? (En caso afirmativo, proporcione las fechas del tiempo perdido y si el empleado ha regresado al trabajo): _____

Describa el incidente en detalle (cómo, por qué, dónde, qué): _____

¿Es un tercero (otra empresa o individuo) responsable de este incidente? En caso afirmativo, proporcione detalles: _____

Tipo de lesión (corte, esguince, hematoma, fractura, etc.): _____

¿Qué parte del cuerpo se lesionó (sea específico): _____

¿Hay algún problema de seguridad que contribuyó a esta lesión? Si es así, detalle: _____

Enumere todos los testigos de este incidente, incluyendo nombres y números de teléfono: _____

Nombre del centro médico donde se llevó al empleado: _____

Número de teléfono: _____ Dirección del centro: _____

Fecha del tratamiento médico inicial: _____

¿Tiene alguna preocupación/sospecha particular en relación a este reclamo? _____

(Nombre y número de teléfono) Nombre del contacto del empleador que completa este informe: _____

Firma del contacto del empleador: _____

*****EL CASO DEBE DE SER REPORTADO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS INMEDIATAS DESPUES DEL ACCIDENTE*****
*******TAMBIEN FAVOR COMPLETAR EL INFORME DE INCIDENTE DEL EMPLEADO******

Cuestionario Suplementario

Ocupación del trabajador lesionado: _____

Descripción detallada de los deberes laborales del trabajador lesionado: _____

Estado civil del trabajador lesionado: _____

Sexo del trabajador lesionado: _____

¿Se completó un Cuestionario médico posterior a la oferta de trabajo en el momento de la contratación? _____

¿Se le administró al trabajador lesionado una prueba de alcohol después del incidente? *En caso afirmativo, ¿cuáles fueron los resultados? _____

¿Cómo describiría el historial laboral de este empleado? _____

¿Han habido incidentes similares que involucren a este empleado? _____

*En caso afirmativo, proporcione detalles: _____

¿Ha habido alguna acción disciplinaria contra este empleado? _____

*En caso afirmativo, proporcione detalles: _____

¿Este empleado reportó su reclamo al empleador pasado más de un día después de la fecha del incidente? Si es así, ¿por qué?

Si usted está informando este incidente a InSource con más de dos días luego de que el empleado informó este incidente al empleador, esté preparado para proporcionar detalles adicionales sobre el motivo de la demora.