

Fecha del incidente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha reportada \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Hora de la lesión: \_\_\_\_:\_\_\_\_ AM • PM Tiempo que comenzó el trabajo \_\_\_\_:\_\_\_\_ AM • PM  
 A quien se le reportó \_\_\_\_\_  
 Recibió la lista de proveedores médicos de su supervisor?  Si •  No

Si hubo una demora reportando la lesión, por favor explique el motivo de la demora: \_\_\_\_\_

**REQUERIDOS** Su horario regular de trabajo:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Horas totales semanales

Si trabaja en un turno nocturno, documente las horas de ese turno el día de la semana en que comienza el turno

Información personal / Personal Information

Nombre completo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Género  Masculino •  Femenino