

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