



INFORME DE INCIDENTES DE EMPLEADOS

COMPLETE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

Nombre del cliente de STAR HR que emplea al trabajador lesionado

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: _____ Teléfono de casa: _____

Ciudad, estado y código postal: _____ Estado civil: _____

Salarios semanales (o por horas): _____ Número de dependientes: _____

Hora del incidente: _____ Hora que el empleado informó para trabajar Día del incidente: _____

Persona a la que el empleado informó el incidente: _____

Cliente donde ocurrió el incidente: _____

Dirección donde ocurrió el incidente: _____

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

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

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

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

Enumere todos los testigos de este incidente: _____

Enumere todas las lesiones anteriores sufridas en el trabajo y fuera del trabajo en los últimos 10 años que requirieron atención médica. (incluya fechas, lesiones y partes del cuerpo): _____

Yo, empleado, el abajo firmante, certifico que lo anterior es una declaración de hecho verdadera y correcta y que hice tales declaraciones por mi propia voluntad. Entiendo que cualquier pago a mí o a cualquier otra persona por gastos relacionados con mi accidente y la lesión resultante no es una admisión de responsabilidad por parte de mi empleador y / o de STAR HR. Autorizo a mi empleador el acceso completo a copias de registros médicos, informes de radiología, exámenes de detección de drogas / alcohol y documentos de cualquier tipo relacionados con mi lesión / enfermedad pasada o presente. Por la presente, acepto divulgar esta información y eximir de responsabilidad a todos los proveedores médicos por la divulgación de esta información como se establece en esta autorización. "Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal".

FIRMA DEL EMPLEADO

FECHA DE REPORTE

Traducido por (si es necesario)

STAR HR procesará en la mayor medida posible todas las reclamaciones fraudulentas denunciadas. Según la política de empleo, una prueba de drogas es obligatoria en todos los reclamos informados. **** DEBIDO DENTRO DE LAS 24 HORAS DEL ACCIDENTE ****