



INFORME DE LESIÓN DEL EMPLEADO

Estimado empleado:

Recibimos un informe de que usted se lesionó en el trabajo. Para procesar su reclamo eficazmente; por favor, llene todas las líneas y escriba claramente en letra de molde. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

Nombre: _____	Seguro Social: _____	Sexo: M / F
Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial del seg. nombre _____ Apellido de soltera _____	Fecha de la lesión: _____	
Dirección: _____	Empleador: _____	
Ciudad: _____ Estado: _____	Puesto: _____	
Número telefónico principal: _____	Horario de trabajo: _____	
Número telefónico secundario: _____		
Dirección de correo electrónico: _____		
1) ¿Cuál fue el lugar exacto del accidente? (si es posible, la dirección):		
2) ¿Qué estaba pasando en ese momento? (qué pasaba a su alrededor, qué estaba haciendo, qué estaban haciendo otras personas)		
3) Describa brevemente qué provocó la lesión:		
4) ¿Qué partes del cuerpo se lesionó?		
5) ¿Cuándo reportó la lesión y a quién?	Fecha: _____	Hora: _____
Nombre: _____	Puesto: _____	Núm. telefónico: _____
6) Liste todos los testigos que conozca. (Continúe al dorso si es necesario)		
Nombre: _____	Tel.: _____	Nombre _____ Tel.: _____
Nombre: _____	Tel.: _____	
7) Por favor, escriba el nombre de su doctor primario o doctor familiar:		
Nombre: _____	Núm. telefónico: _____	
8) Por favor, escriba el nombre y número telefónico de todos los doctores o proveedores que lo han atendido por la lesión:		
Nombre: _____	Núm. telefónico: _____	
Nombre: _____	Núm. telefónico: _____	
Nombre: _____	Núm. telefónico: _____	
9) ¿Le prohibió un doctor que trabajara? 9Sí 9No Si contesta "Sí", ¿cuándo fue el primer día que no fue a trabajar? _____		
10) Si el doctor le prohibió trabajar, ¿regresó a trabajar? 9Sí 9No Si contesta "No", ¿cuándo cree que regresará a trabajar? _____		
11) Fecha de la última cita: _____		11) Fecha de la próxima cita: _____
12) ¿Ha tenido antes una lesión de compensación al trabajador? 9Sí 9No Si contesta "Sí", por favor, escriba la fecha de la lesión y la parte del cuerpo lesionada.		
Al firmar el documento doy fe de que toda la información en este formulario es exacta y verdadera.		
Firma: _____	Fecha: _____	

Instrucciones

Informe de lesión del empleado

Propósito del formulario:

El trabajador lesionado llena este formulario para dar a SORM información sobre las circunstancias en que ocurrió la lesión y qué ha pasado desde que ocurrió. Esto ayudará a agilizar la tramitación de los beneficios.

Fecha límite para presentar el formulario:

SORM tiene que recibir el formulario a más tardar el 5to. día calendario después de que el Primer Informe de Lesión o Enfermedad (DWC-1S) es entregado a la agencia.

Completado por:

Este formulario tiene que ser llenado por el empleado lesionado con ayuda del coordinador de reclamos, si es necesario.

Instrucciones:

1. El trabajador contestará completamente cada una de las preguntas y usará páginas adicionales si es necesario. El ajustador necesita una descripción completa de los eventos en torno a la lesión y cómo ocurrió esta. Se necesitan los nombres y números telefónicos de testigos, doctores y proveedores de tratamiento y estado laboral. El empleado tiene que añadir cualquier reclamo anterior de compensación al trabajador y describir la parte del cuerpo lesionada.
2. El empleado lesionado firmará y fechará el formulario, con lo cual da fe de que toda la información es verdadera y completa.

Distribución

El coordinador de reclamos guardará el original para el archivo de la agencia y enviará una copia por fax o correo a:

State Office of Risk Management
PO Box 13777
Austin, TX 78711
(512) 472-0228

Aviso: Salvo algunas excepciones, la persona tiene derecho, si lo solicita, a que se le notifique sobre la información que un organismo gubernamental recopila sobre su persona. Bajo las Secciones 552.021 y 552.023 del Código Gubernamental la persona tiene derecho a recibir y revisar la información y bajo la Sección 559.004 del Código Gubernamental tiene derecho a que el organismo gubernamental corrija información que esté incorrecta.