

**DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE EAST CENTRAL**  
**REPORTE de HERIDA de EMPLEADO de COMPENSACION de TRABAJADORES**

**Instrucciones:**

1. Si esto es una emergencia potencialmente de vida o muerte, por favor vaya a la sala de emergencia más cercana.
2. Contacte por favor la Oficina de Beneficio de Empleado en 648-7861 así como su supervisor para notificarlos inmediatamente de todas las heridas. De noche o en fines de semana, contacte a su supervisor inmediato.
3. Si esta herida no requiere atención médica de emergencia, contacte por favor la Oficina de Beneficio de Empleado antes de establecer poner cita.
4. Reporte todos los días ausentes debido a esta herida a la Oficina del Beneficio del Empleado. Se necesita una forma de informe de estado de trabajo/liberación de su médico antes de que usted pueda regresar a trabajar.

**Complete por favor esta forma en tanto detalle como posible. Conteste todas las preguntas completamente. La falta de completar esta forma en su totalidad puede resultar en un retraso de tratamiento.**

Nombre \_\_\_\_\_ Número de Identificación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Ciudad y Código Postal \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Nombre de Cónyuge \_\_\_\_\_ Edades de hijos menores \_\_\_\_\_

Número telefónico de un Amigo o familiar (no viviendo con usted) \_\_\_\_\_

Fecha de herida \_\_\_\_\_ Tiempo de la herida \_\_\_\_\_ Escuela/Departamento/Locación \_\_\_\_\_

Herida reportada al Supervisor \_\_\_\_\_ Fecha reportada \_\_\_\_\_

El tiempo el empleado se presentó a trabajar el día de la herida/accidente \_\_\_\_\_

¿Tendrá pérdida de tiempo debido a esta herida? \_\_\_\_\_

Describe **con todo detalle** cómo este accidente sucedió \_\_\_\_\_

¿Qué parte de su cuerpo fue herido (pierna izquierda, el dedo índice, etc.)? \_\_\_\_\_

Describe **en detalla** el tipo de herida sostenida (**moretones, hinchazón, corte, etc. – sea más específico que utilizando términos como herida, dolor**) \_\_\_\_\_

¿Qué hacía usted antes del accidente? (Describa la actividad, así como las herramientas, el equipo o los materiales que usted utilizaba. Sea específico) \_\_\_\_\_

¿Ha hecho este trabajo antes? \_\_\_\_\_ ¿Fue hecho este trabajo de acuerdo con instrucciones de seguridad? \_\_\_\_\_

¿Fue proporcionado el equipo de seguridad? \_\_\_\_\_ ¿Estuvo en uso? \_\_\_\_\_ ¿Hay una manera más segura que este trabajo puede ser hecho? \_\_\_\_\_ Si es que si por favor explique \_\_\_\_\_

¿Siente que estaba bien de salud cuándo se reporto a trabajar el día del accidente? \_\_\_\_\_ Si no, por favor explique \_\_\_\_\_

Yo afirmo que toda la información anterior es una declaración verdadera y correcta.

\_\_\_\_\_  
Firma de Empleado  
Rev. 02/08

\_\_\_\_\_  
Fecha