

<b>Tratamiento médico necesario</b>
<b>DEBE</b> llamar a gestión de riesgos - 972-882-7375 o 972-882-5561

**Reporte**

Rev. 05/2023

**GESTIÓN DE RIESGOS DEBE ENVIAR AUTORIZACIÓN ANTES DEL TRATAMIENTO MÉDICO**

**Información sobre el empleado: Favor de escribir con letra de molde**

Número de identificación  Campus/edificio asignado   
 Si la lesión NO se produjo en el campus/edificio asignado, indique a continuación el lugar/dirección de donde se produjo la lesión

Nombre	<input type="text"/>	¿Habla usted inglés?	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>	Idioma de preferencia	<input type="text"/>
Dirección de casa 1	<input type="text"/>	Fecha de Nacimiento MM/DD/AA	<input type="text"/>
Dirección de casa 2	<input type="text"/>	Sexo	<input type="text"/>
Ciudad/Código postal	<input type="text"/>	Estado civil	<input type="text"/>
Número de teléfono	<input type="text"/>	Ocupación de trabajo	<input type="text"/>
Teléfono de trabajo	<input type="text"/>	Núm. de dependientes	<input type="text"/>
Correo electrónico	<input type="text"/>		

**Información sobre la lesión**

Fecha de lesión/enfermedad MM/DD/AA	<input type="text"/>	Parte(s) del cuerpo: Incluya izquierda/derecha, superior/inferior	<input type="text"/>
Hora en que comenzó a trabajar	<input type="text"/> AM o PM		
Hora de la lesión/enfermedad	<input type="text"/> AM o PM	Causa de lesión: (tropezó/caída, herramienta, maquinaria etc.)	<input type="text"/>
Fecha de notificación al empleador	<input type="text"/>		
Nombre del supervisor	<input type="text"/>	Lugar donde se produjo la lesión (clase, pasillo, cocina)	<input type="text"/>
Teléfono del supervisor	<input type="text"/>		
		¿Estaba el empleado realizando su trabajo habitual?	<input type="text"/>

**Información de tratamiento**

Proveedor médico bajo Alliance   
 Dirección del proveedor   
 Teléfono del proveedor  Fax

Nombre del testigo	<input type="text"/>	Teléfono del testigo	<input type="text"/>
<b>Firma del empleado</b>	<input type="text"/>	<b>Fecha</b>	<input type="text"/>
<b>Firma del admin.</b>	<input type="text"/>	<b>Fecha</b>	<input type="text"/>

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE RIESGOS – NO RELLENE LOS ESPACIOS A CONTINUACIÓN**

Núm. de Seguro Social	<input type="text"/>	Fecha de contratación	<input type="text"/>	Salario por hora \$	<input type="text"/>	Salario diario \$	<input type="text"/>
Salario semanal \$	<input type="text"/>	Horas por semana	<input type="text"/>	Núm. de campus	<input type="text"/>	Código del trabajo	<input type="text"/>
Fecha de último cheque	<input type="text"/>	Cantidad de último cheque \$	<input type="text"/>	Salario anual \$	<input type="text"/>		
Número de días trabajadas por año	<input type="text"/>	Estipendios	<input type="text"/>				
Tipo de lesión	<input type="text"/>						

Adjunte la declaración escrita: Como ocurrió la lesión (Descripción detallada)