

INFORMACIÓN PRELIMINAR DE ACCIDENTE DE TRABAJO

- | | |
|---|---|
| 1. Nombre del Lesionado | 2. Número de Seguro Social |
| 3. Departamento/Oficina | 4. Ocupación habitual y tiempo que lleva en el mismo |
| 5. Fecha y Hora del accidente o alegada enfermedad ocupacional
Fecha
Hora | 6. Hora en que comenzó a trabajar

AM
PM |
| 7. Lugar exacto del accidente | 8. Accidente Automovilístico

SI NO |
| 9. ¿Ocurrió el accidente dentro de los predios del patrono?

SI NO | 10. ¿Sufrieron otros empleados lesiones como consecuencia del accidente?

SI NO |
| 11. ¿Estaba en gestiones oficiales?

SI NO | 12. Labor que realizaba cuando ocurrió el accidente o alegada enfermedad ocupacional |
13. Describa detalladamente cómo ocurrió el accidente o alegada enfermedad ocupacional (Indique el vehículo, herramienta, sustancia o el nombre y dirección de la persona que causa el accidente).

Información Personal

- | | |
|--|---|
| 1. Dirección Residencial | 2. Dirección Postal |
| 3. Teléfono Residencial | 4. Fecha de Nacimiento

Lugar |
| 5. Salario mensual | 6. Edad |
| 7. Grado de Escolaridad | 8. Estado Civil |
| 9. Trabaja el Cónyuge
SI NO | 10. Número de Dependientes |
| 11. Mano Hábil

Derecha Izquierda | 12. Nombre del Padre

Nombre de la Madre |
| 13. Nombre familiar más cercano que no resida con el(la) lesionado(a).

Dirección

Teléfono: | 14. Observaciones que estime pertinente hacer |
| 16. Testigo que presenciaron el accidente

Nombre Dirección

Nombre Dirección | 15. ¿Trabaja el lesionado también para otro patrono?

SI NO |
17. ¿Ha radicado reclamación en otras agencias? (ACAA, Seguro Social, Beneficio por Desempleo)

SI NO

Certifico que la información ofrecida es cierta y de mi fiel conocimiento.

Firma del(de la) Lesionado(a)

Fecha

Certifico que tengo conocimiento de que el empleado(a) se reportará a la Corporación del Fondo del Seguro del Estado.

Firma del (de la) Supervisor(a)

Fecha

NOTA: Todo(a) empleado(a) o funcionario de la UPRH que sufra un accidente del trabajo, deberá someter este formulario a través de su Supervisor(a), el mismo debe ser completado en su totalidad y entregado en la Oficina de Recursos Humanos. Es importante que tal informe se rinda dentro del periodo de cinco días a partir de la fecha en que ocurre el accidente. De no ser así, no será elegible para recibir compensación por dietas, si tuviera que ausentarse del trabajo por prescripción médica aún después de dicho término, tendrá derecho a recibir atención médica