REPORTE DE INCIDENTE DEL EMPLEADO

DECLARACIÓN DEL EMPLEADO

Por favor complete el formulario y devuélvalo a su empleador de inmediato

- **Ubicación:**
- **Dirección:**
- **Nombre del empleado lesionado:**
- **Fecha de la lesión:** **Hora de la lesión:** ☐ a. m. ☐ p. m.

INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

- ¿Qué estaba haciendo al momento del accidente?
- ¿Quién estaba a su alrededor en ese momento?
- Describa exactamente cómo ocurrió el incidente
- ¿Estuvo involucrado un residente?
- Describa dónde ocurrió el incidente
- Describa la parte del cuerpo afectada y la naturaleza de la lesión:

2001 57th Street | Brooklyn, NY 11204 | Tel: 718-851-5400 | Fax: 718-689-1445
www.gnpbrokerage.com

- Describa qué podría haber hecho de manera diferente para evitar el incidente:

- ¿Ha tenido reclamos previos de accidentes automovilísticos (MVA) o de compensación laboral? ☐ Sí ☐ No

- ¿Ha tenido alguna otra lesión en la misma parte del cuerpo, o una enfermedad similar? ☐ Sí ☐ No
- En caso afirmativo, ¿fue atendido por un médico? ☐ Sí ☐ No
- En caso afirmativo, proporcione los nombres y direcciones del médico o médicos que lo atendieron:

- ¿La lesión anterior estuvo relacionada con el trabajo? ☐ Sí ☐ No
- En caso afirmativo, ¿trabajaba para el mismo empleador para el que trabaja ahora? ☐ Sí ☐ No

Con mi firma, certifico que la información anterior es correcta y que he completado este formulario de manera veraz y sin ninguna coacción por parte de mi empleador. La información que he proporcionado es verdadera y exacta según mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información falsa a sabiendas se considera fraude y puede dar lugar a acciones legales. Además, reconozco que no estoy intentando, de manera intencional o deliberada, engañar o defraudar al sistema de compensación laboral.

Fecha ***Firma***