

INFORME DE ACCIDENTES DE EMPLEADOS



En línea: FrankCrum.com/Accident
Teléfono: **1-800-393-0815** o **727-799-1229, x4700**
8:00 am - 5:30 pm, Lunes a Viernes

888-443-3699 Después del horario laboral,
fines de semana o días feriados
Fax: **727-725-7656**

Nombre de la empresa del cliente: _____

Ciudad: _____ Condado: _____

Persona de contacto: _____ Teléfono: _____

Nombre del empleado lesionado: _____

Dirección: _____

Ocupación: _____ Teléfono / Celular: _____

Fecha de nacimiento: _____ NSS: _____

Fecha del accidente: _____ Hora: _____ Tiempo completo Medio Tiempo

Fecha en que se notificó a la empresa: _____ Último día trabajado: _____ Hora de inicio de turno: _____

Fecha de vuelta al trabajo: _____ ¿Puede usted acomodar trabajo ligero? Sí No

¿Cómo ocurrió el accidente? ¿Qué estaba haciendo el empleado? _____

Describa las lesiones y nombre las partes del cuerpo afectadas: _____

Lugar del accidente / Dirección: _____

Supervisor inmediato: _____ Teléfono: _____

¿Está de acuerdo con la descripción? Sí No Más comentarios: _____

Nombre del testigo: _____ Teléfono: _____

¿Sigue pagando el sueldo?: Sí No Atención médica: Sí No

Rechaza atención médica: Sí No Nombre clínica/hospital: _____

Teléfono/contacto: _____ Idioma preferido (hablado y leído): _____

Fecha original de contratación: _____ Horario laboral (días y horas): _____

¿Seguro médico? Sí No ¿Contribuye su empresa al pago del seguro? Sí No ¿Cantidad al mes? _____

Completado por: _____ Título: _____ Fecha: _____