

Employee Report of Accident / Injury / Illness

Informe del empleado de accidente / lesión / enfermedad

Instructions: Please print. Fill in all blanks. If a blank does not pertain to your accident, injury or illness, write "N/A" in the blank. **Completed form should be sent to the Human Resource Department within 24 hrs of accident.**
Instrucciones: Escriba con letra de molde por favor. Complete todos los espacios que estan en blanco. Si no le pertenece un espacio a su accidente, lesión o enfermedad, escribe "N/A" en el espacio – no lo deje en blanco. Formulario completado debe ser enviado al Departamento de Recursos Humanos.

Name: _____ Date of Birth: _____
Nombre: Fecha de Nacimiento:
Social Security No.: _____ Phone No.: _____
Numero Social: No. de Teléfono:
Address: _____ County: _____
Dirección: Condado:
City, Zip _____ Spouse's Name (if applicable) _____
Ciudad, Código Postal: Nombre de Esposo/a (si es aplicable)
Marital Status: _____ Single _____ Married _____ Separated _____ Divorced _____ Widowed
Estado civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

| | | | |
|---|---|--|--|
| Job Title: <i>Cargo:</i> | | Name of Supervisor: <i>Nombre del supervisor:</i> | |
| Date of Accident: <i>Fecha del accidente:</i> | Time of Accident: <i>Hora del accidente:</i> | Location: <i>Sitio del accidente:</i> | |
| Witness Names: <i>Testigo Nombre:</i> | | Task being performed: <i>¿Tarea que se estaba realizando:</i> | |
| Describe how the accident occurred: <i>Describe cómo ocurrió el accidente:</i> | | | |
| Part of the body injured? <i>¿Parte del cuerpo dañado?</i> | | | |
| Date & Time you first sought medical attention: <i>La fecha y la hora que usted primero buscó atención médica:</i> | | Were you using required safety equipment? <i>¿Usted utilizaba el equipo de seguridad requerido?</i> | |
| | | | |
| Nurse's Evaluation of Injury and Recommendation for Medical Treatment: | | | |

The information I have provided either in my own writing or verbally for the purpose of this form is true and correct. I understand that providing false or misleading information or omission of information on this report or any other form relating to this claim of accident, injury and/or illness may result in termination of my employment. *La información que he proporcionado en mi propia letra o verbalmente para el propósito de esta forma es la verdad y correcta. Entiendo que dando información falsa o engañosa o omisión de información en este informe o cualquier otra forma referente a esta demanda de accidente, lesión y/o enfermedad puede dar lugar a la terminación de mi empleo.*

Signature of Employee: _____ Date: _____
Firma del empleador: Fecha:

By signing this form you acknowledge you have received the "Notice of Injured Employee Rights and Responsibilities" in the Texas Workers' Compensation System.

Signature of Nurse: _____ Date: _____

Signature of Principal/Supervisor: _____ Date: _____