

State of Wisconsin
 University of Wisconsin System
 UW-
 UWS/OSLP-1Emp (10/2009)

**INFORME DE LESIONES Y ENFERMEDADES OCUPACIONALES
 PARA EL EMPLEADO**

(Employee's Work Injury and Illness Report)

POR FAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO
 USANDO LETRA DE IMPRENTA EN LA COMPUTADORA

INSTRUCCIONES:

1. Complete este formulario en el plazo 24 horas desde que ocurrió la lesión.
2. Firme y escriba la fecha una vez que complete el formulario.
3. Dirija todas sus preguntas al coordinador(a) de compensación al trabajador de su agencia/departamento.

SOLO PARA USO OFICIAL (FOR AGENCY USE ONLY)
Claim Number
Claim Examiner / Representative

Nombre y apellido/s del empleado (como aparece en su nómina)		Hora de la lesión	AM PM	Fecha de la lesión	
Teléfono del trabajo ()	Teléfono de la casa ()	Número de Seguridad Social (últimos cuatro dígitos) * XXX-XX-			
¿Necesitó tratamiento médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre y dirección del médico que le trató / clínica donde fue tratado(a)			
Solamente primeros auxilios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Ha perdido tiempo de trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Ultimo día que trabajó (mes / día / año)					
Lugar exacto donde el accidente tuvo lugar (adentro, afuera, nombre del edificio, cuarto, vehículo, etc.)					
Testigos (nombre, dirección, número de teléfono del trabajo)					
Describa detalladamente lo que estaba haciendo cuando sufrió la lesión o enfermedad. ¿Cómo sucedió exactamente?					
Fecha en la que informó a su supervisor(a) sobre la lesión / enfermedad. (mes/día/año)					
Parte del cuerpo lesionada [marque con un círculo todos los cuadros que correspondan a su lesión y si es derecho(D) o izquierdo (I)] (pulgar = dedo 1, meñique = dedo 5)					
Abdomen	Espalda, indique la zona: arriba mitad baja	Dedo D I 1 2 3 4 5	Cabeza	Boca	Hombro D I
Tobillo D I	Ojo D I	Pie D I	Rodilla D I	Cuello	Dedo del pie D I 1 2 3 4 5
Brazo D I	Codo D I	Mano D I	Pierna D I	Nariz	Muñeca D I
Otro (Especifique)	Para las lesiones de mano o brazo, marque qué mano usa más: Derecha Izquierda				
¿Alguna vez le han tratado por condiciones o lesiones similares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si marcó -sí-, escriba la fecha/s del tratamiento/s	Nombre del médico, hospital o clínica en la que recibió tratamiento por una lesión similar:			

Lea atentamente: Certifico que la información dada anteriormente es verdadera y precisa, y entiendo que hacer una reclamación falsa para obtener compensación para el empleado es una violación del código penal de Wisconsin (*Wisconsin criminal code*), lo cual resultará en una multa, encarcelamiento o despido. Además, acepto que al firmar este documento autorizo a los profesionales médicos, de salud mental y quiroprácticos a que compartan todos los expedientes médicos, de salud mental y quiroprácticos con el Estado de Wisconsin, con el Sistema de la Universidad de Wisconsin (*University of Wisconsin System*), con la Oficina de Seguridad y Prevención de Pérdidas (*Office of Safety and Loss Prevention*), y con el Departamento de Compensación al Trabajador (*Worker's Compensation Department*) o sus representantes asignados, en la dirección: 780 Regent Street #145, Madison, WI 53719-2635.

Firma del Empleado _____ **Fecha** _____

SÓLO PARA USO OFICIAL (FOR AGENCY USE ONLY)	PRIMARY ORGANIZATION CODE		FUND NUMBER	%	
	1-2 85-0 - - - -				
	SECONDARY ORGANIZATION CODE		FUND NUMBER	%	
	1-2 85-0 - - - -				
LOSS DESCRIPTION CODES	CAUSE / OCCURRENCE	OBJECT	RESULT	LOCATION	OCCUPATION
OSHA CODES Incident was OSHA "recordable"? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
Name of Authorized Representative				Date	

*Debe proporcionar su número de seguridad social el cual se usará para identificarle como empleado y tramitar la reclamación.