



Reporte de accidente de empleado lesionada

Este informe debe ser completado y enviado al Departamento de Gestión de Riesgos antes de buscar tratamiento. tratamiento que se obtenga sin la intervención del Departamento de Administración de Riesgos Laborales no está autorizado.

Fecha completada: _____

Nombre Completo: _____

Dirección Residencial: _____

NO. De Teléfono: _____ Cargo/ Ocupación: _____

Fecha de Nacimiento: _____

NO. De seguro social o ID De Empleado: _____

Fecha de Accidente: _____ Hora de Accidente: _____

Edificio: _____ Lugar en Edificio: _____

Describa Como Ocurrió el Accidente: _____

Indique la Parte(s) del cuerpo lastimada: _____

Describa el Grado de la Lesión: _____

Se utilizó equipo de protección: _____ Describa: _____

Nombre de Testigos: _____

Reporte este accidente a su supervisora: _____ Si no, ¿por qué? _____

¿Usted recibió cuidado médico? _____ Nombre de clínica: _____

Comentarios Adicionales: _____

Nota: Su reclamo puede ser investigado por fraude de compensación laboral bajo (K.S.A.) 44-5, 120. El fraude de compensación laboral incluye falsificar o exagerar lesiones, hacer un reclamo por lesiones que ocurrieron fuera del trabajo, trabajar mientras cobraba beneficios y hacer un reclamo por lesiones preexistentes. Este tipo de reclamos son punibles por la Ley de Kansas.

Firma: _____ Fecha: _____

Enviar a workcomp@olatheschools.org después de completado. Llame a la Administración de Riesgos Laborales (913)780-8051 si quiere recibir tratamiento.

Declaración de Testigo

Este reporte debe ser llenado por el testigo. Lea las preguntas cuidadosamente y genere sus respuestas lo más completas y acertadas.

Fecha Completo: _____

Nombre Completo: _____

Dirección Residencial: _____

NO. De Teléfono: _____

Fecha de Accidente: _____ Hora de Accidente: _____

Nombre de la Persona Lesionada: _____

En Sus Propias Palabras, Describe Que Sucedió: _____

Comentarios Adicionales: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Enviar a workcomp@olatheschools.org después de completado.