



## 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 [rmbergmsma@olatheschools.org](mailto:rmbergmsma@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 Persona Lesionada: \_\_\_\_\_

En Sus Propias Palabras, Describe Que Sucedió: \_\_\_\_\_

---

---

---

Comentarios Adicionales: \_\_\_\_\_

---

---

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Enviar a [rbergmsma@olatheschools.org](mailto:rbergmsma@olatheschools.org) después de completado.