

INFORME DEL SUPERVISOR DEL INCIDENTE

Este informe deberá ser completada en su totalidad por el EMPLEADOR

Envíe este formulario llenado por fax o e-mail a FAS, Inc. (972) 930-9479 o Email: CLAIMS@FASTPA.COM

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR: _____ PÓLIZA # _____
UBICACIÓN: (SI ES DIFERENTE QUE ARRIBA) _____ UBICACIÓN # _____
DEPARTAMENTO: _____ TÍTULO DEL TRABAJO: _____ TELÉFONO PARTICULAR ____ / ____ / ____
DÍAS PROGRAMADOS POR SEMANA: _____ HORAS / DÍAS PROGRAMADO: _____ TASA POR HORA: _____
TIEMPO PERDIDO DEL TRABAJO: SÍ NO PRIMER DÍA PERDIDO: ____ / ____ / ____
FECHA EN QUE REGRESÓ AL DEBERES TOTALES DEBERES MODIFICADOS: ____ / ____ / ____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

NOMBRE: _____ NO. DE SEGURO SOCIAL: _____
DIRECCIÓN PARTICULAR: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO: (____) _____
GÉNERO HOMBRE MUJER IDIOMA PREFERIDO SI NO ES INGLÉS: _____

BÁSICA PERJUICIO DE INFORMACIÓN

FECHA DEL INCIDENTE: ____ / ____ / ____ DÍA DE LA SEMANA: _____ TIEMPO DEL INCIDENTE: _____ AM. PM.
FECHA REPORTADO: ____ / ____ / ____ DÍA DE LA SEMANA: _____ TIEMPO REPORTADO: _____ AM. PM
NOMBRE DE SUPERVISOR CUANDO LESIONES OCURRIÓ: _____ TELÉFONO DE CONTACTO #: (____) _____
DESCRIBA LA NATURALEZA DE LA LESIÓN DEL EMPLEADO: _____
PARTE DEL CUERPO (S) INVOLUCRADOS: _____
DESCRIBA EQUIPO IMPLICADOS: (SI ALGUNA) _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ TELÉFONO: (____) _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
EMPLEADO? SÍ NO TÍTULO: _____ DEPARTAMENTO: _____ TELÉFONO DE TRABAJO: (____) _____
NOMBRE: _____ TELÉFONO: (____) _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
EMPLEADO? SÍ NO TÍTULO: _____ DEPARTAMENTO: _____ TELÉFONO DE TRABAJO: (____) _____

SUMINISTRADOR MÉDICO

NOMBRE DE LA CLÍNICA / HOSPITAL / MÉDICO: _____ TELÉFONO: _____
SI NO ES UN SUMINISTRADOR DESIGNADO, FAVOR DE LLENAR LO SIGUIENTE -
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

Yo Doy fe que las declaraciones y respuestas anteriores en el presente formulario son completas y ciertas, y que no ha sido omitida cualquier información.

FIRMA DEL SUPERVISOR / GERENTE LLENANDO EL INFORME

Nombre Con Letras de Imprenta del Supervisor / Gerente

X

Firma del Supervisor / Gerente

Fecha