



# INCIDENT/INJURY REPORT

Branch/Client \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Sucursal/Cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Employee Name \_\_\_\_\_ Date of Hire \_\_\_\_\_  
 Nombre de empleado \_\_\_\_\_ Fecha de contratación \_\_\_\_\_

Incident Location (be specific) \_\_\_\_\_  
 Ubicación del incidente (se específico) \_\_\_\_\_

First Aid Administered by \_\_\_\_\_  First Aid Refused  
 Los primeros auxilios fueron administrados por \_\_\_\_\_ Se negaron los primeros auxilios

What Treatment was Administered? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué tratamiento se administró? \_\_\_\_\_

Employee was referred for further immediate treatment  Yes  No  
 El empleado fue referido para tratamiento inmediato adicional.  Sí  No

Health Care Facility/Hospital \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Centro de salud/Hospital \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## SECTION TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYEE

Can you read and understand English?  Yes  No  Yes  No  
 ¿Puedes leer y entender inglés?  Sí  No  Sí  No

Do you need help with this report?  Yes  No  Yes  No  
 ¿Necesita ayuda con este reporte?  Sí  No  Sí  No

Name (Last, First, Middle Initial) \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
 Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Address 2 \_\_\_\_\_  
 Dirección de casa \_\_\_\_\_ Dirección de casa 2 \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estados \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Social Security # \_\_\_\_\_ Home Phone # \_\_\_\_\_  
 Número de seguridad social \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Date of Injury \_\_\_\_\_ Time of Injury \_\_\_\_\_  Incident Happened During Overtime Hours  
 Fecha de herida \_\_\_\_\_ Tiempo de herida \_\_\_\_\_ Incidente ocurrido durante horas extras

Date you reported this injury \_\_\_\_\_ Who did you report it to? \_\_\_\_\_  
 Fecha en que reportó esta lesión \_\_\_\_\_ ¿A quién le reportaste? \_\_\_\_\_

Continue on the other side/Continuar en el otro lado



**SECTION TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYEE**

Shift/Crew \_\_\_\_\_ Department \_\_\_\_\_ Supervisor \_\_\_\_\_  
*Turno de trabajo Departamento Supervisor*

Your Job Title \_\_\_\_\_  
*Su puesto de trabajo*

What were you doing when the Incident happened? How did it happen?  
*¿Qué estabas haciendo cuando ocurrió el incidente? ¿Como paso?*

---



---

Describe your injury (example: sprained left ankle, cut right forearm, burn left ring finger, etc.)  
*Describe tu lesión (Ejemplo: torcido tobillo izquierdo, corte el antebrazo derecho, quemadura del dedo anular izquierdo, etc.)*

---



---

Did you injure any other part of your body?  Yes  No  
*¿Heriste alguna otra parte de tu cuerpo? Sí No*

Which part(s)? \_\_\_\_\_  
*¿Qué partes?*

Who are the witnesses to your incident? \_\_\_\_\_  
*¿Quiénes son los testigos de su incidente?*

If "no witnesses", where were you? \_\_\_\_\_  
*Si no hubiera testigos, ¿dónde estabas?*

What safety/ppe equipment were you wearing? (be specific): \_\_\_\_\_  
*¿Qué equipo de seguridad llevabas puesto? (se específico)*

---

I authorize release of medical records to my employer & to the workers' compensation insurance carrier for treatment of this injury or illness. I declare that all the facts above are true and i understand that worker's compensation insurance fraud is a criminal offense, punishable by law:

*Autorizo la divulgación de registros médicos a mi empleador y a la compañía de seguros de compensación para trabajadores para el tratamiento de esta lesión o enfermedad. Declaro que todos los hechos anteriores son verdaderos y entiendo que el fraude del seguro de compensación para trabajadores es un delito penal, punible por la ley:*

Employee Signature  
*Firma del empleado*

Date  
*Fecha*