

## INCIDENT/INJURY REPORT

|  |  |
|--|--|
| <b>Branch/Client</b> _____<br><i>Sucursal/Cliente</i>  | <b>Date</b> _____<br><i>Fecha</i>  |
| <b>Employee Name</b> _____<br><i>Nombre de empleado</i>  | <b>Date of Hire</b> _____<br><i>Fecha de contratación</i>                                    |
| <b>Incident Location (be specific)</b> _____<br><i>Ubicación del incidente (se específico)</i>   |  |
| <b>First Aid Administered by</b> _____<br><i>Los primeros auxilios fueron administrados por</i>  | <input type="checkbox"/> <i>First Aid Refused</i><br><i>Se negaron los primeros auxilios</i> |
| <b>What Treatment was Administered?</b> _____<br><i>¿Qué tratamiento se administró?</i>  |  |
| <i>Employee was referred for further immediate treatment</i> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No<br><i>El empleado fue referido para tratamiento inmediato adicional.</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
| <b>Health Care Facility/Hospital</b> _____<br><i>Centro de salud/Hospital</i>  | <b>Date</b> _____<br><i>Fecha</i>  |

## SECTION TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYEE

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

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

**Name (Last, First, Middle Initial)** \_\_\_\_\_  
*Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)*

**Date of Birth** \_\_\_\_\_  
*Fecha de nacimiento*

**Address** \_\_\_\_\_  
*Dirección de casa*

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

**City** \_\_\_\_\_  
*Ciudad*

**State** \_\_\_\_\_  
*Estados*

**Zip** \_\_\_\_\_  
*Código postal*

**Social Security #** \_\_\_\_\_  
*Número de seguridad social*

**Home Phone #** \_\_\_\_\_  
*Teléfono de casa*

**Date of Injury** \_\_\_\_\_ **Time of Injury** \_\_\_\_\_  
*Fecha de herida* *Tiempo de herida*

**Incident Happened During Overtime Hours**  
*Incidente ocurrido durante horas extras*

**Date you reported this injury** \_\_\_\_\_  
*Fecha en que reportó esta lesión*

**Who did you report it to?** \_\_\_\_\_  
*¿A quién lo 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: esguince en el 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)*

What could have been done to prevent this incident?: \_\_\_\_\_  
*¿Qué podría haberse hecho para prevenir este incidente?*

---

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*