



Informe del Supervisor del Incidente del Empleado

Gerente: Infórmenos sobre la lesión o el incidente de inmediato llamando a Omaha National al 844-761-8400, incluso si algunos espacios en este formulario están en blanco.

Empleado Lesionado	
Nombre _____	Identificación del Empleado _____
Título de Trabajo _____	Nombre de la Compañía _____
Testigos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Nombre _____	Numero Telefónico _____
Nombre _____	Numero Telefónico _____
Nombre _____	Numero Telefónico _____

Incidente	
Fecha del Incidente _____	Hora del Incidente _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Fecha en que se Reporto _____	Hora en que se Reporto _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
¿Estaba el empleado participando en tareas laborales en el momento del incidente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Descripción del Incidente:	
Maquinas, materiales, herramientas, o equipo utilizado, manipulado, o involucrado:	
Tipo de lesión y partes del cuerpo lesionadas:	

Tratamiento Médico y Estatus de Trabajo	
Primeros Auxilios Proporcionados <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Describe _____
Perdió tiempo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Liste el/los día(s) _____
Regreso a trabajar <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Fecha _____
Estatus de trabajo <input type="checkbox"/> Fuera del trabajo <input type="checkbox"/> Trabajo ligero <input type="checkbox"/> Trabajo regular	
Atención de emergencia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Nombre del medico _____	Nombre del Hospital _____

Medidas preventivas y correctivas sugeridas
¿Qué acciones se tomarán para prevenir futuros accidentes?

Completado por _____

Fecha _____

Firma _____

Título _____

Envíenos el formulario completo por fax al 844-761-8402 o envíenoslo por correo electrónico a claims@omahanational.com.