

**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE RÍO PIEDRAS
OFICINA DE RECURSOS HUMANOS**

INFORME PRELIMINAR DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD OCUPACIONAL

AVISO IMPORTANTE: DEBE PRESENTAR ESTE INFORME EN LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE, YA QUE EL PATRONO (UPR) VIENE OBLIGADO POR LEY A RENDIR EL INFORME A LA CORPORACIÓN DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO DENTRO DE LOS CINCO (5) DÍAS DE OCURRIR EL ACCIDENTE.

Número Seguro Social _____	Status _____ <small>(permanente, probatorio, etc)</small>	Fecha de comienzo _____
Primer Nombre _____	Segundo Nombre _____	
Primer Apellido _____	Segundo Apellido _____	
Fecha Nacimiento (Mes/Día/Año) <small>escribir en letra</small> _____	Ciudad y Estado Nacimiento _____	
Edad _____	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Dirección Postal _____ <small>Favor incluir la dirección completa</small>	Dirección Física _____ <small>Favor incluir la dirección completa</small>	
Teléfono <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Celular	Teléfono Trabajo _____	Ext. _____ Fax _____
Grado Escolaridad _____	Mano Hábil _____	Estado Civil _____
Hijos Dependientes _____	Otros Dependientes _____	
Nombre del Padre (completo) _____	Nombre de la Madre (completo) _____	
Familiar más cercano que no resida con el Lesionado		
Nombre Completo _____	Teléfono _____	
Dirección _____		
Información del Lesionado con relación al accidente		
¿Tiene Plan Médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Licencia por Accidente de Trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Ocupación Habitual _____	Departamento o Unidad donde Trabaja el Lesionado _____	
Tiempo que lleva realizado su Ocupación habitual con el patrono actual (Años/ Meses) _____ Años _____ Meses		
Sueldo del Lesionado _____	Frecuencia _____	
Días a la Semana (cuantos días trabaja) _____	Horas a la Semana (tarea completa 37.50) _____	
¿Trabaja el lesionado también para otro patrono? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Información del Accidente			
Accidente o Enfermedad Ocupacional	Tipo de Accidente		
Fecha del Accidente o Enfermedad	Mes	Día	Año
	_____	_____	_____
Suspendió su Labor (mes / día / año)	Mes	Día	Año
	_____	_____	_____
Hora que comenzó a trabajar el día del Accidente _____			
Pueblo del Accidente _____	Ocurrió dentro de los predios del patrono	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Estaba en gestión oficial	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Sufrieron otros empleados lesiones como consecuencia del accidente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Describa detalladamente como ocurrió el accidente o alegada enfermedad ocupacional _____			
Observaciones que estime pertinente _____			
Indique la labor que realizaba el lesionado cuando ocurrió el accidente _____			
Lugar exacto del accidente (Sitio,barrio,pueblo) En caso de construcción señale además nombre del proyecto _____			
Murió el empleado	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿Murieron otros empleados como consecuencia del accidente
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Testigos:			
Nombre: _____	Dirección: _____		
Nombre: _____	Dirección: _____		

Ha radicado casos anteriormente en el FSE: SI NO

Fecha último caso: _____

Ha radicado casos en otras agencias: SI NO ¿En cuál? SINOT ACAA SEGURO SOCIAL CHOFERIL BENEFICIOS DESEMPLEO

Número de Reclamación _____ Fecha de Reclamación _____

Firmar el informe no implica que el patrono acepta lo alegado por el empleado. De haber alguna discrepancia entre lo alegado y los hechos, debe exponerlo en el apartado para observaciones. De considerarlo necesario puede incluir carta explicativa.

Fecha de este informe: _____

A base de la información obtenida, certifico que este informe es correcto:

FIRMA DECANO, DIRECTOR O
REPRESENTANTE AUTORIZADO

TÍTULO

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE