

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.

Información sobre el Lesionado:

Seguro Social: _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: Año _____ Mes _____ Día _____ Edad _____ Pueblo de Nacimiento _____
Si el lugar de nacimiento NO es PR favor indicar: País _____ Estado _____ Ciudad _____

Dirección Residencial _____ Zona Postal _____

Dirección Postal _____ *SI ES DIFERENTE A LA RESIDENCIAL* _____ Zona Postal _____

Sexo: F M Tel. Res. _____ Celular _____ Ext. _____ Estado Civil _____

Número de Dependientes: Hijos _____ Otros _____ Trabaja el Cónyuge: Si No

Nombre de Padre y Madre: _____

Grado Escolaridad _____ Título del Puesto _____

Mano Hábil: Der Izq Familiar más cercano que no viva con usted _____

Teléfono _____ Dirección _____

Núm. Días/Horas trabaja en Semana: Días _____ Horas _____ Depto./Unidad donde trabaja _____

Fecha de accidente o enfermedad: Año _____ Mes _____ Día _____ Hora del Accidente _____

Hora que comenzó a trabajar el día del accidente: _____ a.m. _____ p.m.

Fecha en que suspendió su labor: Año _____ Mes _____ Día _____

Pueblo del Accidente _____ Accidente de Auto: Sí No Fecha de la Muerte _____

Si es menor de edad, indique si tiene permiso: Sí No | Sueldo \$ _____ Mensual P/Hora

Años realizando tareas actuales _____ Fecha jubilación: Año _____ Mes _____ Día _____

¿Ocurrió el accidente dentro de los predios del Recinto? Sí No

Trabaja para otro Patrono: Sí No Nombre Empresa: _____

Tiempo: _____ Años _____ Meses Salario: _____ Semanal Mensual P/Hr.

Describe como ocurrió el accidente o alegada enfermedad ocupacional **y las partes del cuerpo afectadas:**

Observaciones que estime pertinente hacer el funcionario que firma este informe:

Indique la labor que realizaba cuando ocurrió el accidente _____

¿Estaba en gestiones oficiales? Sí No Lugar exacto del accidente _____

¿Sufrieron otros empleados lesiones? Si No Murieron: Sí 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