

**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<br><small>(permanente, probatorio, etc)</small>                                     | Fecha de comienzo |
| Primer Nombre  | Segundo Nombre   |                   |
| Primer Apellido  | Segundo Apellido   |                   |
| Fecha Nacimiento (Mes/Día/Año)<br><small>escribir en letra</small>   | Ciudad y Estado Nacimiento   |                   |
| Edad   | Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino                |                   |
| Dirección Postal<br><small>Favor incluir la dirección completa</small>   | Dirección Física<br><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)  |                   |
| <b>Familiar más cercano que no resida con el Lesionado</b>   |  |                   |
| Nombre Completo  | Teléfono   |                   |
| Dirección:   |  |                   |
| <b>Información del Lesionado con relación al accidente</b>   |  |                   |
| ¿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)<br>_____ Años _____ Meses | Frecuencia   |                   |
| Sueldo del Lesionado   | Horas a la Semana (cuantos días trabaja)   |                   |
| 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 \_\_\_\_\_ Hora del Accidente \_\_\_\_\_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  SI  NOEstaba en gestión oficial  SI  NOSufrieron otros empleados lesiones como consecuencia del accidente  SI  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  SI  NO ¿Murieron otros empleados como consecuencia del accidente  SI  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