

**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)	
<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)		
_____ Años _____ Meses	Frecuencia _____	
Sueldo del Lesionado _____	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)			Hora del Accidente
Hora que comenzó a trabajar el día del Accidente		Ocurrió dentro de los predios del patrono	
Pueblo del Accidente		<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
Testigos:			
Nombre:	Dirección:		
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