



## REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO

\*AL LLENAR ESTA FORMA, USTED CONFIRMA QUE SU ACCIDENTE PASO EN EL TRABAJO Y SU EMPLEADOR LO MANDO A NUESTRA CLINICA PARA TRATAMIENTO.

**NOMBRE DE PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**NUMERO DE SEGURO SOCIAL:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**DIRECCION:** \_\_\_\_\_

**NUMERO DE TELEFONO:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE COMPANIA:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE SUPERVISOR:** \_\_\_\_\_

**NUMERO DE TELEFONO DE LA COMPANIA:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**HORA DEL ACCIDENTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE ACCIDENTE:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**DETALLES DE EL ACCIDENTE:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FECHA DE LA VACUNA DEL TETANO:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**ALERGIAS DE MEDICINA:** \_\_\_\_\_

**SEGUN MI ENTIENDIMIENTO, TODA LA INFORMACION EN ESTA PAGINA ES CORRECTA.**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PACIENTE**

**FECHA DE HOY**