

**PRIMER REPORTE DE LESIÓN O ENFERMEDAD  
DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN AL EMPLEADO**

Para asistencia llamar 1-800-342-1741  
o contacte su oficina local EAO

Reportar todas las defunciones dentro de 24 horas 1-800-219-8953 o (850) 922-8953

RECIBIDO POR LA ORGANIZACIÓN ENCARGADA	ENVIADO A LA DIVISIÓN	FECHA DE RECIBO (DIVISION)

POR FAVOR IMPRIMA

NOMBRE (Primero, Segundo, Apellido)		Número de Seguro Social	Fecha del accidente (Mes/Día/Año)	Hora del Accidente PM <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN Calle/Apt #: _____ Ciudad _____ Estado _____ Casilla _____		DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE EFECTUADA POR EL EMPLEADO (Incluya la causa de las lesiones)		
TELÉFONO      Código de Área      Número				
OCUPACIÓN		LESION/ENFERMEDAD OCURRIDA	PARTES DEL CUERPO AFECTADAS	
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			

NOMBRE DE LA COMPAÑIA _____ D.B.A.: _____ Calle: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Casilla: _____		NÚMERO DE ID FEDERAL (FEIN)	FECHA DEL REPORTE (Mes/Día/Año)
TELÉFONO      Código de Área      Número		NATURALEZA DE LA EMPRESA	PÓLIZA/NÚMERO DE MIEMBRO
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (si es diferente) Calle: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Casilla _____ # LUGAR (si es aplicable) _____		FECHA DE EMPLEO _____/_____/_____ ÚLTIMO DÍA TRABAJADO POR EL EMPLEADO _____/_____/_____ REGRESÓ AL TRABAJO SI ES "SI", DE LA FECHA _____/_____/_____ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PAGADO POR EL DÍA DE LA LESIÓN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿CONTINUARÁ .UD. PAGANDO UN SALARIO EN LUGAR DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR? SI <input type="checkbox"/> ÚLTIMO DÍA DE PAGO DE SALARIO EN LUGAR DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR _____/_____/_____
LUGAR DEL ACCIDENTE (Calle, Ciudad, Estado, Casilla) Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Casilla: _____ Condado _____		FECHA DE DEFUNCIÓN (Si aplicable) _____/_____/_____ ¿ESTÁ DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MANERA DE PAGO      HORA <input type="checkbox"/> SEM. <input type="checkbox"/> \$ _____ POR      DÍA <input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/> Número de horas por día _____ Número de horas por semana _____ Número de días por semana _____
Cualquier persona que con conocimiento y con intento de perjudicar, defraudar, o engañar a cualquier empleado, empleador, compañía de seguro, o compañía personal de seguro, que presente una petición o hace un reclamo falso con información errónea, es culpable de una felonía en tercer grado. Yo he revisado, entendido y estoy en pleno conocimiento de esta declaración. FIRMA DEL EMPLEADO (si está disponible) _____ FIRMA DEL EMPLEADOR _____		FECHA _____ FECHA _____	NOMBRE, DIRECCIÓN Y TELÉFONO DEL DOCTOR U HOSPITAL _____ AUTORIZADO POR EL EMPLEADOR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

<input type="checkbox"/> 1. Caso Negado – DWC-12, Noticia de Negación Adjunta <input type="checkbox"/> 1(b) Compensación solo en caso negado-DWC-12. Notificación de Negación _____/_____/_____ La entidad está en conocimiento del octavo (8) de discapacidad _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> 3. "Caso de Tiempo Perdido" - 1er día de deshabilitación _____/_____/_____, ¿Salario completo continua en lugar de Compensación? <input type="checkbox"/> SI Fecha Final del salario completo: _____/_____/_____ Fecha del primer pago enviado _____/_____/_____ AWW _____ Comp. Contribución _____ <input type="checkbox"/> T.T. <input type="checkbox"/> T.T. – 80% <input type="checkbox"/> T.P. <input type="checkbox"/> I.B. <input type="checkbox"/> P.T. <input type="checkbox"/> DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/> ACUERDO DEFINITIVO Cantidad de penalidad pagada 1er pago \$ _____ Cantidad de interés pagado en 1er pago \$ _____		<input type="checkbox"/> 2. Solamente médico el cual se transformo en un "Caso de Tiempo Perdido" (complete toda la inform. En #3) Octavo (8) día de discapacidad del empleado _____/_____/_____ La entidad está en conocimiento del octavo (8) de discapacidad _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> SI Fecha Final del salario completo: _____/_____/_____ Comp. Contribución _____
--	--	---

OBSERVACIONES:			NOMBRE DEL ASEGURADOR
# DE CÓDIGO DEL ASEGURADOR	CÓDIGO DEL EMPLEADO	CÓDIGO DEL EMPLEADOR (NAICS)	DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE LA INSTITUCIÓN ENCARGADA:
SERVICIO CO/TPA CODIGO#	NÚMERO DE ARCHIVO DE LA INSTITUCION		