

**INDUSTRIAL ACCIDENT BOARD
STATE OF DELAWARE**

DECLARACIÓN DE LOS HECHOS

La ley de Delaware requiere que cada Empleado que alegue una lesión en el trabajo complete TODA la información en este formulario para su Empleador. El Empleado también debe poner la fecha, firmar, y devolver este formulario una vez completado.

1. **Nombre del Empleado:** _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono No.: _____ **E-mail (opcional):** _____

2. **Fecha del accidente:** _____

3. **Lugar del accidente:** _____

4. **Nombre del Empleador:** _____

Contacto del Empleador: _____ **E-mail (opcional):** _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono No.: _____ **Número de Fax:** _____

5. **Nombre de la compañía del seguro o el administrador:** _____

6. **Función del empleado en el momento del Accidente:** _____

7. **Describa el ACCIDENTE y cómo sucedió (adjunte una nueva hoja si necesita más espacio):**

8. **Describa la NATURALEZA DE LA LESIÓN / enumere las PARTES DEL CUERPO DAÑADO:**

9. ¿Recibió el empleado servicios médicos, quirúrgicos u hospitalarios? SI NO

10. ¿Cuándo el Empleador recibió or fue notificado de la lesión? _____

11. **Indique los nombres y las direcciones de todos los empleadores de los ÚLTIMOS 5 AÑOS:**

NOMBRE:

DIRECCIÓN:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

12. **Indique el salario promedio semanal del empleado al momento de la lesión:** _____

13. **Indique nombre y dirección de cada médico que le dio tratamiento por esta lesión en ESTA RECLAMO:**

NOMBRE:

DIRECCIÓN:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

14. Nombre y dirección de cada médico tratante de los ÚLTIMOS 10 AÑOS (adjunte una nueva hoja si necesita más espacio):

NOMBRE:

DIRECCIÓN:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

15. Nombres, direcciones y fechas de tratamiento de todos los hospitales e institutos que trataron ESTA LESIÓN (adjunte una nueva hoja si necesita más espacio):

NOMBRE:

DIRECCIÓN:

FECHAS:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

16. ¿Cuánto tiempo y que tipo de limitación tuvo el empleado debido a esta lesión?

17. Indique si el empleado se ha recuperado por completo o solo parcialmente y en qué medida:

18. ¿Ha el empleado reanudado su trabajo? SI NO

a. Si la respuesta es SÍ: Indique cuándo y el nombre del empleador actual:

b. Si la respuesta es SÍ: Indique en que rubro o posición y el salario semanal:

c. Si la respuesta es NO: Indique por cuánto tiempo estará incapacitado para reanudar el trabajo:

19. Identifique, describa y de las fechas de todas las LESIONES ANTERIORES y POSTERIORES:

20. Indique cualquier otro dato de importancia relacionado con este reclamo:

CON FECHA DE ESTE DIA _____ DE _____, AÑO _____

FIRMA DEL EMPLEADO