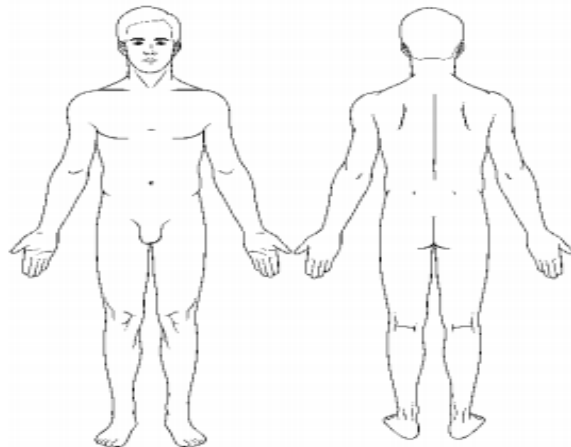


When were you first aware of this injury?
¿Cuándo fue consciente por primera vez de esta lesión?

What part(s) of your body were / are injured?
¿Qué parte(s) de su cuerpo fueron / están lesionados?

On the diagram provided below, please circle the part(s) of your body where you are experiencing pain due to this injury.
En el diagrama que se proporciona a continuación, por favor circule la(s) parte(s) de su cuerpo donde está experimentando dolor debido a esta lesión.



Do you want to see a doctor for treatment of this injury at this time?
¿Desea ver a un médico para el tratamiento de esta lesión en este momento? Yes *Sí* No *No*

Name of witnesses who observed injury:
Nombre de los testigos que observaron lesiones:

Was anyone else injured in this incident?
¿Alguien más resultó herido en este incidente?

During your injury was there any damage to any property?
¿Durante su lesión hubo algún daño a alguna propiedad?

Prior to this incident, have you ever experienced problems with any of the areas circled above?
Antes de este incidente, ¿alguna vez ha experimentado problemas con cualquiera de las áreas circundadas arriba? Yes *Sí* No *No*

If yes, please describe all such prior problems.
En caso afirmativo, sírvase describir todos esos problemas anteriores.

Has any other doctor or health care provider treated you for this prior injury?
¿Algún otro médico o proveedor de atención médica lo ha tratado por esta lesión previa? Yes *Sí* No *No*

I certify that the information contained on this report is true and correct.
Certifico que la información contenida en este informe es verdadera y correcta.

I understand that any falsification of information regarding an on-the-job injury may result in disciplinary action and / or prosecution under the appropriate State Criminal Statutes.
Entiendo que cualquier falsificación de información relativa a una lesión en el trabajo puede resultar en acciones disciplinarias y / o enjuiciamiento bajo los Estatutos Penales estatales apropiados.

This authorizes physicians, and all medical providers to furnish full and complete medical reports and any other information hereby requested by the undersigned to my employer, their agent or insurance company.
Esto autoriza a los médicos y a todos los proveedores médicos a proporcionar informes médicos completos y completos y cualquier otra información solicitada por el firmante a mi empleador, su agente o compañía de seguros.

This authorization applies to all medical opinions, x-rays, CT scans, pathology materials, psychological studies, and hospital records.
Esta autorización se aplica a todas las opiniones médicas, radiografías, tomografías computarizadas, materiales de patología, estudios psicológicos y registros hospitalarios.

Your full cooperation with my employer is requested. You are further requested to disclose no information to anyone other than my employer, their agent or insurance company without written authority to do so.
Se solicita su plena cooperación con mi empleador. Además, se le solicita que no revele ninguna información a nadie que no sea mi empleador, su agente o compañía de seguros sin autorización por escrito para hacerlo.

Employee Signature: _____ Date: _____
Firma del empleado Fecha