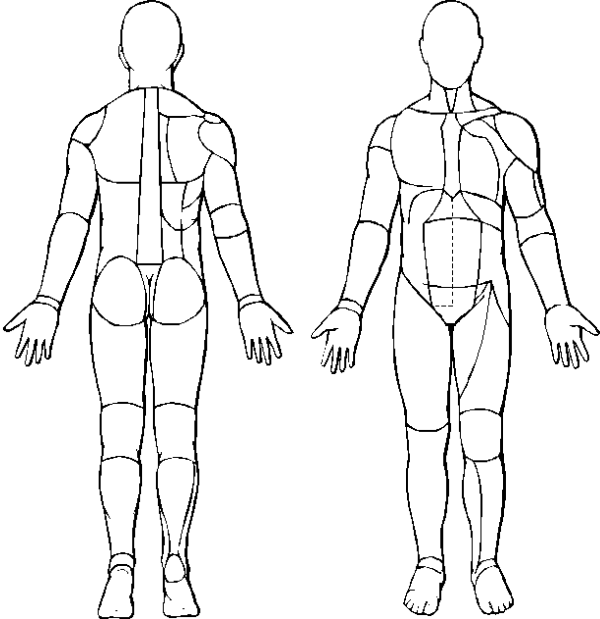


Employee's Report of Injury / Illness Reporte de Herida/Enfermedad

Date of Injury or Illness/Fecha de Herida o Enfermedad		Employee/Empleado		SS #	DOB/Fecha de Nacimiento
Hour/Hora	Time Began Work/Empiezo de Trabajo	Address/Direccion		Phone Number/Numero de Teléfono	
Date Employee Reported Injury or Illness/Fecha Empleado Reporto Herida o Enfermedad		Occupation/Ocupacion		Crew/Cuadria	Foreman/Mayordomo
Nature of Injury or Illness/Clase de Herida o Enfermedad			Location/Lugar		County/Condado
Part of Body Affected/Parte de Cuerpo Afectado			<p>Employee must mark an "X" where injured <i>Empleado necesita marcar un "X" donde lesionado</i></p> 		
<p>Explain How Injury or Illness Occurred, Describe Sequence of Events in Detail, and Specify Object or Substance which Directly Produced the Injury or Illness/Explique Como la Herida o Enfermedad Occurió, Describe la Secuencia de Eventos en Detalle, y Especifique el Objeto o Substancia que Produjo Directamente la Herida o la Enfermedad</p>					
List All Witnesses / Enumere Todo los Testigos			<p>Injured employee must complete the following: <i>Lesionado empleado necesita completar lo siguiente:</i></p> <p>I, _____, have sustained a work-related injury/illness while employed with the company. I have identified where I have been injured with an "X" on the diagram above. I understand that any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers compensation benefits or payments is guilty of a felony.</p> <p>_____ I would like medical attention for my injury/illness.</p> <p>_____ My injury/illness does not require medical attention.</p> <p>Yo, _____, ha sostenido una herida/enfermedad relacionado con mi trabajo mientras empleado con la compania. He identificado donde he sido herido con un "X" en el esquema arriba. Yo entiendo que toda aquella persona que a proposito haga o cause que se produzca cualquier declaracion o representacion material falsa o fradulenta con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensacion a trabajadores lesionados es culpable de un crimen mayor "felonia."</p> <p>_____ <i>Yo quiero atención médica para mi lesion/enfermedad.</i></p> <p>_____ <i>Mi herida/enfermedad no requiere la atención médica.</i></p>		
List Steps Taken to Eliminate Hazard / Enumere Pasos Inmediatos Tomados para Eliminar Peligro			<p>_____ _____ _____</p>		
Suggestion to Prevent Recurrence / Sugerencia Para Prevenir Reparación			<p>_____ _____ _____</p>		

All work-related injuries/illnesses **MUST** be immediately reported to your immediate Supervisor, HR Department & Workers' Compensation Carrier. Todas heridas/enfermedades relacionado con el trabajo **DEBEN** ser reportados inmediatamente a su Supervisor, Departamento de Recursos Humanos y la Aseguranza de Compensación para Trabajadores.

Employee's Signature/Firma de Empleado

Date/Fecha

Supervisor's Signature/Firma de Supervisor

Date/Fecha