FIRST REPORT OF INJURY/ PRIMER INFORME DE LESIÓN

If your injury requires immediate attention, or is life threatening, please report to the nearest emergency room./ Si su lesión requiere atención inmediata o pone en peligro su vida, diríjase a la sala de urgencias más cercana.

**For prompt handling of your claim, please ensure all fields are completed to the best of your ability:/ Para una gestión rápida de su reclamación, complete todos los campos de la mejor manera posible:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Injury Date:/Fecha de la****lesión:** |  | **Person Reporting Claim:/Persona que****informa la reclamación:** |  |
| **Injury Time:/Hora de la lesión:** |  | **Phone# of Person Reporting Claim:/ N.º de teléfono de la persona que****informa la reclamación:** |  |

**Employee Information/Información del empleado**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Claimant SSN:/Número de Seguro Social del reclamante:** |  | **Date of Birth:/Fecha de nacimiento:** |  | **Age:/Edad:** |  |
| **Legal Name:/Nombre legal:** |  | **Marital Status:/Estado civil:** |  | **Gender:/Género:** |  |
| **Address:/Dirección:** |  | **Days Worked:/Días trabajados:** |  | **Employment Status:/Situación****laboral:** |  |
| **Wage Rate (Monthly)/Salario****(mensual):** |  |  |
| **Home Phone:/Teléfono particular:** |  | **10 or 12 Month Employee:/Empelado****de 10 o 12 meses:** |  | **Work Hours:/Horas trabajadas:** |  |
| **Cell Phone:/Teléfono celular:** |  | **Title:/Cargo:** |  | **Personal Email:/Correo****electrónico personal:** |  |

**Employer Information/Información del empleador**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Employer:/Empleador:** |  | **Phone:/Teléfono:** |
| **Location of Accident:/Lugar del accidente:** |  | **Contact:/Contacto:** |
| **Location of Accident Off Premises:/Lugar del accidente fuera de las****instalaciones:** |  |
| **Location Address: City, State & Zip/Dirección del lugar: ciudad, estado y****código postal** |  |

**Incident Information/Información sobre el incidente**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date employer notified:/Fecha****en que se notificó al empleador:** |  | **Injury reported to:/Lesión informada a:** |
| **Who incident was reported to:/A****quién se informó el incidente:** |  |
| **Supervisor name:/Nombre del****supervisor:** |  |
| **Witness name & phone:/Nombre y teléfono del****testigo:** |  |
| **Nature of injury:/Naturaleza de****la lesión:** |  |
| **Part of body affected:/Parte del****cuerpo afectada:** |  |
| **Object causing injury:/Objeto****que causó la lesión:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **How injury occurred:/Cómo se****produjo la lesión:** |  |
| **Dominant hand:/Mano****dominante:** |  |
| **Prior medical condition? (Please describe all conditions)/¿Tiene alguna afección previa? (Describa todas****las afecciones)** |  |
| **Previous workers’ comp injury? (Please provide dates/injuries)/****¿Tuvo lesiones previas sujetas a seguro de accidentes y enfermedades ocupacionales? (Indique las fechas/lesiones)** |  |
| **Primary Care Physician:/Médico****de atención primaria:** |  |
| **Mitchell card received?/¿Recibió****la tarjeta Mitchell?** | * **Yes/Sí**
 | * **No**
 |  |
| **NJSIG/QualCare Card Received?/¿Recibió la tarjeta****NJSIG/QualCare?** | * **Yes/Sí**
 | * **No**
 |  |
| **Child involved & age:/Niño****involucrado y edad:** | * **Yes/Sí**
 | * **No**
 | **Age:/Edad:** |
| **Special needs child:/Niño con****necesidades especiales:** | * **Yes/Sí**
 | * **No**
 |  |

**Initial Treatment/Tratamiento inicial**

|  |  |
| --- | --- |
| **Is treatment being requested?/¿Se solicita tratamiento?** | * **Yes/Sí ☐ No**

**If treatment is being requested, an NJSIG representative will reach out to you on the next business day./Si se solicita****tratamiento, un representante de NJSIG se comunicará con usted el próximo día hábil.** |

**Additional Comments:/Comentarios adicionales:**