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:**