



## Informe de Lesiones Para el Proveedor Individual

El informe de lesiones o si se lastima en actividades relacionadas al trabajo debe ser completado dentro de las 24 horas de haber ocurrido el incidente. Por favor llame al representante de HSP para informar el incidente, luego complete las siguientes preguntas y para comprobante, envíelo por correo o por fax inmediatamente al DHS-DRS, HSP Labor Relations, 400 W. Lawrence, P.O. Box 19429, Springfield, IL 62794-9429, 217/557-9434 (Fax).

Los proveedores Individuales que se lesionan o lastiman en el hogar y trabajan para una agencia deben informarlo a su empleador.

Este formulario cubre solamente a Asistentes Personales, Asistentes de Enfermera Certificados Privados, Enfermeras Practicas con Licencia Privadas y Enfermeras Privadas Registradas, Fisioterapeutas Privados, Terapeutas Ocupacionales Privados y Terapeutas de Lenguaje/ Habla Privados a los cuales se les paga por medio del Programa Servicios en el Hogar.

(USTED DEBE COMPLETAR TODAS LAS PREGUNTAS)

1. Nombre del Proveedor Individual que se lesionó o lastimó: \_\_\_\_\_
2. Dirección del Proveedor Individual: \_\_\_\_\_
3. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_
4. Número de Teléfono del Proveedor: \_\_\_\_\_
5. Lugar y dirección dónde se lesionó: \_\_\_\_\_
6. Describa cómo se lesionó: \_\_\_\_\_
7. Explique el tipo de lesiones causadas: \_\_\_\_\_
8. ¿Ha perdido tiempo de trabajo?  Sí  No Si es sí, ¿cuándo regresó al trabajo? \_\_\_\_\_
9. Fecha que se lesionó: \_\_\_\_\_
10. Hora en que se lesionó: \_\_\_\_\_
11. Nombre y núm. de caso HSP del cliente a quien se provee servicios en el momento del incidente: \_\_\_\_\_

Firma de la persona que informa el incidente: \_\_\_\_\_