



INJURY and ILLNESS INCIDENT REPORT
(Informe de incidentes de lesiones y enfermedades)

Today's Date: _____ Date of Injury: _____
El día de hoy Fecha de herida

Date of injury/illness reported: _____
Fecha lesion/en fermedad reportada

Is this an: Injury Illness Fatality Incident/Accident
Es esto un: Lesion enfermedad fatalidad incidente/accidente

Nature of injury/Part of body injured: _____
Naturaleza de la lesión / parte del cuerpo lesionada

Information about injured employee: _____
Informacion sobre el empleado lesionado Male Female
masculine hembra

Full Name: _____ Birthdate: _____
Nombre complete Fecha de Nacimiento

Address: _____ City, State, Zip _____
Direccion ciudad/estado/codigo postal

Hire date: _____ Phone #: _____
Fecha de contratacion Telefono

Information about the injury/incident; *Informacion sobre lesion/incidente:*
Approximate time of incident/injury: _____ AM or PM Day of week: M T W TH F
Tiempo aproximado de incidente/lesion Dia de la semana

Where did incident happen: _____
Donde ocurrio el incidente

Employee performing normal task: YES or NO
Empleado que realiza la tarea normal

What was employee doing specifically at time of injury/incident:
Que estaba hacienda el empleado especificamente al momento de la lesion/incidente?

Information about physician or health care professional/*Informacion sobre el medico o profesional sanitario:*
Name of physician or health care professional: _____
Nombre del medico o profesional sanitario



9201 Brown Lane, Suite 141
Austin, Texas 78754
(512) 339-3012 o
(512) 339-3148 f
www.Encoremech.com

TACLA09784E TACLA27439E |

Was patient treated at a facility? YES or NO, If yes, where: _____
El paciente fue tratado en una instalacion Si, donde?

Was employee treated in emergency room? YES or NO
Fue tratado el empleado en la sala de emergencias?

Address/Phone number of treating facility: _____
Direccion/numero de telefono de la instalacion de tratamiento

Supervisor: _____

Supervisor contact phone: _____
Telefono de contacto del supervisor

Project Name and location: _____
Nombre y ubicacion del proyecto

List witnesses to incident/injury: Include name and contact information:
Lista de testigos de incidentes/lesiones: incluye el nombre y la informacion de contacto

Follow up information/*Informacion de seguimiento*

Name and Title of person completing form/*Nombre y titulo de la persona que complete el formulario:* _____

Contact information for person completing form:
Informacion de contacto de la persona que complete el formulario
Phone/*Telefono:* _____

Email/*correo electronico:* _____

Signature/*Firma:* _____