



LESIÓN DE UN CIUDADANO **RECLAMO**

REPORTE

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser llenado por un ciudadano. Envíen el formulario lleno a: Risk Management, Office of Comptroller, Gatehouse Administration Center, 8115 Gatehouse Rd, Falls Church, VA 22042. (Teléfono 571-423-3620) (Fax 571-423-3627)

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre	Apellido	Primer Nombre	Inicial 2.º nombre	Número de Seguro Social
Dirección	Número y calle	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Fecha de nacimiento	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

INFORMACIÓN SOBRE LESIONES

Naturaleza de la lesión

Cuándo ocurrió la lesión Fecha Día de la semana Hora exacta a. m. p. m.

INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE

Lugar del accidente Área específica de la escuela u oficina

Nombre de la escuela o de la Oficina

La razón por la cual se encontraba en la escuela

Patrocinador de la actividad (Escuela, PTA, Boosters, Departamento de Recreación, etc.)

Equipo, material, animal u otra persona involucrada en el accidente

Descripción de lo ocurrido

Nombre del testigo	Dirección	Teléfono

Acción inmediata que se tomó

Tratamiento de primeros auxilios (Nombre) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lo atendió un médico (Nombre) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lo atendieron en el hospital (Nombre del hospital) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Transportado en <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Equipo de rescate privado

INFORMACIÓN SOBRE EL PROCESO DE PREPARACIÓN

Firma	Fecha
-------	-------