Declaración de lesiones del empleado

El empleado debe llenar este formulario.

Empleado: _____ **Posición del empleado :** _____

Eescula/Dept: _____ **Ubicación de incidente:** _____

Fecha de incidente: _____ **Hora del incidente:** _____

Informado a: _____

Partes del cuerpo afectada

Cabeza/Cuello	Lado Izquierdo	Lado Derecho
☐ Cuero Cabelludo	☐	☐
☐ Cuello	☐	☐
☐ Orejas	☐	☐
☐ Ojos	☐	☐
☐ Boca	☐	☐
☐ Dientes	☐	☐
☐ Cara	☐	☐

Extremidades Superiores	Lado Izquierdo	Lado Derecho
☐ Hombro	☐	☐
☐ Parte Superior del brazo	☐	☐
☐ Codo	☐	☐
☐ Antebrazo	☐	☐
☐ Muñeca	☐	☐
☐ Mano	☐	☐
☐ Dedos	☐	☐

Extremidades Inferiores	Lado Izquierdo	Lado Derecho
☐ Muslo	☐	☐
☐ Pierna	☐	☐
☐ Rodilla	☐	☐
☐ Tobillo	☐	☐
☐ Pie/Dedo de pie	☐	☐

Tronco	Lado Izquierdo	Lado Derecho
☐ Zona Lumbar	☐	☐
☐ Espalda	☐	☐
☐ Pecho	☐	☐
☐ Abdomen	☐	☐
☐ Cadera	☐	☐
☐ Ingle	☐	☐

Tipo de Herida

☐ Incisión	☐ Rasguño
☐ Sarpullido	☐ Quemadura o descarga eléctrica
☐ Cuerpo extraño	☐ Dolor localizado
☐ Inflamación	☐ Atascado dedo/dedo de pie
☐ Dificultad con respiración	☐ Otra _____ (si otra)

¿Este incidente involucró a un estudiante? (Elija una) SI NO

¿Se le dieron primeros auxilios? (Elija una) SI NO

Testigos:

_____

_____

_____

Describa lo que pasó:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____

Firma del empleado **Fecha**

WEST LINN-WILSONVILLE SCHOOL DISTRICT

ADMINISTRATOR / SUPERVISOR TO COMPLETE THIS SIDE OF FORM

Date and time incident reported: _____

Were other employees injured? (Circle One) YES NO

If yes, please provide name(s): _____

Explain what employee was doing just prior to and at the time of the incident (use sequence of events), and please be specific.

_____
_____
_____
_____

Root Cause?

_____
_____
_____

Contributing Factors

☐ Machinery Defect (Save defective parts and pieces)
☐ Tool or Equipment Broke (Save broking parts and pieces)
☐ Proper Tools/Equipment Not Available
☐ Floor, Work Surface, or Walking Surface
☐ Equipment Guarding
☐ Weather/Road Conditions
☐ Other _____

☐ Housekeeping
☐ Lighting
☐ Clothing or Jewelry
☐ Training
☐ Employee Choices
☐ Supervisor Choices

Additional Information / Details:

_____
_____
_____
_____

_____ _____

Administrator / Supervisor Signature **Date**

Please return to Anju Nathan at the District office: NathanA@wlwv.k12.or.us

If you are missing work or need to see a doctor due to this injury, please Contact Natalya Vitale:VitaleN@wlwv.k12.or.us

Questions? Please call: 503-673-7000