

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
**CORPORACIÓN DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO**  
PO Box 365028, San Juan, PR 00936-5028

**INFORME PATRONAL**

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO – USO EXCLUSIVO DE LA CORPORACIÓN															
NUMERO DE CASO - CFSE			DC	BATCH	FECHA RADICACION			CLAVE DE COMPENSABILIDAD	REG. Y DISP. TRAT.						
AÑO	DISP	NUMERO			AÑO	MES	DIA								
FECHA ALTA (CT)			FECHA ALTA DEFINITIVA			DIAS	JORNAL DIARIO	COMPENSACIÓN SEMANAL							
AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA										
NUMERO DE POLIZA							CLAVE	GRUPO	STAT. PAT.	PROC. POR:					
AÑO	T	R	O	AÑO FACT.		AMP.									
PARTE A – INFORMACIÓN DEL PATRONO															
1. NOMBRE DEL PATRONO (SEGÚN POLIZA)							2. NUMERO DE POLIZA		AÑO	T	R	O	NUMERO	AÑO FACT.	AÑO
DIRECCIÓN POSTAL – URB. O COND. O BARRIO, CARR, KM. H							3. SEGURO SOCIAL PATRONAL				4. CLASE DE NEGOCIO				
NUMERO, CALLE, MUNICIPIO O PAIS, (CODIGO POSTAL + 4)							5. NOMBRE Y SITIO DE NEGOCIO (Urb., Calle, Núm., Barrio, Carr., Km., Hm., Pueblo)								
6. CLASE DE PATRONO:							Industria    Sociedad    Corporación    Cooperativa				7. TELEFONO				
							Asociación    Sindico    Sucesión    Albacea    Otros								
PARTE B – INFORMACIÓN SOBRE EL LESIONADO															
8. NUMERO SEGURO SOCIAL			9. APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRE 1		NOMBRE 2				
10. DIRECCIÓN RESIDENCIAL (FÍSICA)															
11. DIRECCIÓN POSTAL EN LA QUE INTERESA RECIBIR LOS CHEQUES DE DIETA O COMPENSACION, SI ALGUNO															
12. SEXO		13. TELEFONO		14. ESTADO CIVIL			15. NUM. DEPENDIENTES			16. TRABAJA EL CÓNYUGE					
F	M			SOLTERO    VIUDO CASADO    DIVORCIADO			HIJOS    NO HIJOS			SI    NO					
17. NOMBRE DE PADRE Y MADRE							18. FECHA DE NACIMIENTO			19. EDAD		20. PUEBLO DE NACIMIENTO			
							AÑO    MES    DIA								
21. GRADO ESCOLARIDAD			22. OCUPACIÓN HABITUAL			23. MANO HABIL		24. FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO RESIDA CON LESIONADO							
						DER.    IZQ.									
25. TELEFONO			26. DIRECCIÓN					27. FECHA ACCIDENTE							
								AÑO    MES    DIA							
28. HORA DEL ACCIDENTE			29. HORA COMENZO A TRABAJAR EL DIA DEL ACCIDENTE					30. FECHA EN QUE SUSPENDIO SU LABOR							
			AM PM					AÑO    MES    DIA							
31. PUEBLO DEL ACCIDENTE			32. ACCIDENTE AUTO		33. SI EL LESIONADO ES MENOR DE EDAD INDIQUE SI TIENE PERMISO			34. SUELDO							
			SI    NO		SI    NO										
35. FECHA DE LA MUERTE			36. FRECUENCIA					37. NUMERO DE DIAS U HORAS QUE TRABAJA EN LA SEMANA							
DIA    MES    AÑO			POR HORA DIARIO    QUINCENAL BISEMANAL    SEMANAL MENSUAL					DIAS    HORAS							

38. DEPARTAMENTO O UNIDAD QUE TRABAJA EL EMPLEADO	39. TIEMPO QUE LLEVA REALIZANDO SU OCUPACIÓN HABITUAL CON PATRONO ACTUAL	40. FECHA DE POSIBLE JUBLILACION AÑO        MES        DIA		
41. ¿OCURRIÓ EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO? <b>SI</b> <b>NO</b>	42. TIENE USTED CONTRATO DE APARCERIA <b>SI</b> <b>NO</b>	43. INDIQUE LA LABOR QUE REALIZABA EL PENSIONADO CUANDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE		
44. ¿ESTA EN GESTIONES OFICIALES? <b>SI</b> <b>NO</b>	45. LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, PUEBLO) EN CASO CONSTRUCCIÓN SEÑALE ADEMÁS, NOMBRE DEL PROYECTO			
46. ¿SUFRIERON OTROS EMPLEADOS LESIONES COMO CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE? <b>SI</b> NUM.        MURIERON <b>SI</b> NUM. <b>NO</b> <b>NO</b>				
47. DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL.  INDIQUE EL VEHÍCULO HERRAMIENTA, SUSTANCIA O EL NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA PERSONA QUE CAUSO EL ACCIDENTE (ESPECIFIQUE LA RELACION DE ESA PERSONA CON EL PATRONO)				
48. OBSERVACIONES QUE ESTIME PERTINENTE:				
49. ¿TRABAJA EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATRONO <b>SI</b> <b>NO</b> (INCLUYA EL NOMBRE DE LA EMPRESA)			50. TIEMPO AÑOS MESES	SALARIO SEMANAL MENSUAL
51. TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE SEGUN INVESTIGACIÓN DEL PATRONO NOMBRE        DIRECCIÓN: NOMBRE        DIRECCIÓN				
52. ¿HA RADICADO O RECLAMADO EN OTRAS AGENCIAS? <b>SI</b> <b>NO</b> SINOT        ACCA        SEG .SOC.        DESEMPLEO		53. NÚMERO DE RECLAMACION		FECHA DE RECLAMACION AÑO        MES        DIA
54. SI HA RADICADO EL LESIONADO UN CASO ANTERIOR EN CFSE INDIQUE FECHA RADICACIÓN AÑO        MES        DIA		55. PUEBLO DONDE LLENO ESTE INFORME NÚMERO DE CASO		56. FECHA DE ESTE AÑO        MES        DIA
57. NOMBRE DEL PATRONO	58. NOMBRE DEL PATRONO O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO	59. PUESTO	60. CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERDADERA Y ENTIENDO QUE CUALQUIER RECLAMACIÓN FRAUDULENTA CONSTITUIRA DELITO FIRMA	
<b>PARTE C – PARA USO DEL CFSE</b>				
61. FECHA DEL PRIMER EXAMEN AÑO        MES        DIA		62. IMPRESIÓN, DIAGNOSTICO INICIAL Y CODIGO DE DIAGNOSTICO		
63. HAY RELACION ENTRE LESION Y ACCIDENTE <b>SI</b> <b>NO</b> PENDIENTE DETERMINAR		64. REQUIERE INVESTIGACIÓN <b>SI</b> <b>NO</b>	65. REQUIERE REFERIRSE A ESPECIALISTA <b>SI</b> <b>NO</b> INDIQUE CUALES	
66. ¿RECIBIO TRATAMIENTO MEDICO ANTES DE VENIR A CFSE? <b>SI</b> <b>NO</b>		67. AUTORIZO UD. A TRABAJAR EL LESIONADO <b>SI</b> <b>NO</b> EN CASO DE        CT        ALTA "SI" INDIQUE        SI FUE        FECHA:        AÑO        MES        DIA		
68. REQUIERE HOSPITALIZACION <b>SI</b> <b>NO</b> FECHA:        AÑO        MES        DIA		69. MANO HABIL DER.        IZQ.		70. DURACIÓN ESTIMADA DEL TRATAMIENTO SEMANAS
71. LUGAR DISPENSARIO DEL TRATAMIENTO		72. NOMBRE DEL MEDICO		73. FIRMA

EXPEDIENTE LESIONADO

## **INSTRUCCIONES**

### **I. OBLIGACIÓN DE RENDIR ESTE INFORME**

El artículo 13 de la “Ley de Sistemas de Compensaciones por Accidentes de Trabajo” obliga al patrono a rendir este informe dentro de los cinco (5) días después de ocurrir el accidente.

Los patronos que rehusaren o descuidaren hacer los informes requeridos por este artículo serán castigados por la Sala del Tribunal de Distrito del lugar reside el patrono con una multa que no excederá de cien (100) dólares.

El rendir el Informe Patronal no implica que el patrono acepte lo alegado por el obrero, ni que se está admitiendo la compensabilidad del alegado accidente. De haber alguna discrepancia entre lo alegado por el reclamante y lo que al patrono le consta sobre dichos hechos, deberá exponerlo en el apartado para observaciones provisto en este informe.

### **II. DATOS QUE DEBE SUMINISTRAR**

El patrono deberá asegurarse de que indica o describe correctamente los siguientes datos, los cuáles son básicos para poder procesar el informe de accidente y determinar si el mismo cae bajo la disposiciones de la Ley.

1. NOMBRE DEL PATRONO SEGÚN APARECE EN LA POLIZA
2. NUMERO DE LA POLIZA (SI NO TIENE POLIZA MARQUE NO)
3. NOMBRE Y DOS APELLIDOS, FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO Y DIRECCIÓN COMPLETA DEL LECCIONADO
4. OCUPACIÓN HABITUAL
5. FORMA DE PAGO Y CANTIDAD PAGADA
6. NUMERO DE DIAS QUE TRABAJA EL OBRERO EN LA SEMANA
7. LABOR QUE REALIZABA EL LESIONADO CUANDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE
8. FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE
9. LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE
10. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE INDICANDO SI HUBO TERCERA PERSONA QUE CAUSO O CONTRIBUYO AL MISMO. ESPECIFIQUE ADEMÁS NOMBRE, DIRECCIÓN Y RELACION DE LA TERCERA PERSONA CON EL PATRONO.
11. TESTIGO (PERSONA QUE VIERON EL ACCIDENTE)
12. NOMBRE Y FIRMA DEL PATRONO O REPRESENTANTE AUTORIZADO Y PUESTO QUE OCUPA

Nuestra ley otorga al Administrador de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado la facultad de reclamar a la tercera persona que cause o contribuya en la ocurrencia de un accidente del trabajo, todos los gastos en que incurra como consecuencia del mismo.

El recobrar en estos casos la totalidad de los gastos incurridos por la Corporación del Fondo del Seguro del Estado, conlleva un beneficio para el patrono cuyo obrero sufrió el accidente, ya que no se le cargarán los mismos a su experiencia. No obstante, en muchos casos no podemos iniciar la correspondiente reclamación por falta de información en el informe que llena el patrono al reportar el caso.

### **III. INFORMES FRADULENTOS**

Todo patrono o lesionado que intencional o maliciosamente, informe indebidamente un caso de accidente del trabajo al Administrador de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado responderá a todos los gastos en que la Corporación incurriese por motivo de dicho informe, disponiéndose que todo patrono que informe como suyo un accidente ocurrido a un obrero o empleado que trabaje para un patrón, que en violación de la ley, no se haya asegurado, o cualquier lesionado que informe un accidente como ocurrido en el trabajo cuando realmente ocurrió en otro lugar, será castigado por el Tribunal Superior del Distrito donde ocurrió el accidente con una multa no menor de doscientos (200) dólares ni mayor de cuatro mil (4,000) dólares, o con una pena de prisión no menor de seis (6) meses ni mayor de dos (2) o ambas penas a juicio de la corte. Tanto los gastos como las multas se harán efectivas sobre los bienes del patrono, del lesionado o de la persona que radicó el informe que llena el patrono a reportar el caso.

### **IV. DONDE DEBE REFERIRSE AL LESIONADO**

Luego de llenar los blancos de este informe, entréguelo al obrero lesionado. El obrero lesionado debe referirse para examen y tratamiento al dispensario del Fondo más cercano el cual aparece indicado con un número en la izquierda en la Tabla abajo ilustrada.

Cuando se trate de un caso de emergencia, es decir, heridas extensas o profundas con hemorragias abundantes; contusiones múltiples; fracturas; contusiones con pérdida de conocimiento y traumatismo que no permitan al obrero caminar deberán referirse a un hospital o clínica privada bajo contrato o al Centro Médico si es un caso de Área Metropolitana. Bastará que el patrono, si no es posible llenar el informe Patronal inmediatamente, envía al obrero con una nota informando que se trata de un accidente del trabajo e identificándose con su nombre y dirección según aparece en la póliza y envíe el Informe Patronal debidamente cumplimentando no más tarde de cinco (5) días de ocurrido el accidente según dispone la Ley.

Cuando ocurra caso de relativa importancia, fuera de las horas laborables, y no sea posible realizar el Encargado del Dispensario y tampoco sea recomendable hasta el día siguiente, puede también procederse a referir el caso a una clínica u hospital bajo contrato o al Centro Médico si es un caso dentro del Área Metropolitana.

### **V. ACCIDENTES DE MENORES**

El patrono deberá acompañar copia del permiso que otorga el Departamento de Trabajo para que éstos puedan trabajar.

**DISPENSARIO DONDE DEBE REFERIRSE EL LESIONADO  
(IDENTIFICADOS CON UN NUMERO A LA IZQUIERDA)**

REGION 1 – ARECIBO	REGION 3 – MAYAGÜEZ	HUMACAO	CENTRO DE SALUD	REGION 6 – BAYAMÓN	REGION 8 – CAGUAS
<p>DISPENSARIO REGIONAL Carr. Estatal Núm.2 Km.78.7 Arecibo, P.R.</p> <p>107 Arecibo 876-5757 Camuy Hatillo Quebradilla Lares</p> <p><u>ARECIBO</u> Hospital El Buen Pastor</p> <p><u>Centro de Salud (AFASS)</u> Arecibo (Municipal)</p> <p><u>Centro de Diagnóstico y Tratamiento</u>  Quebradillas</p> <p>145 Manatí 854-2495 Ciales Morovis Vega Baja Florida Barceloneta</p> <p><u>MANATÍ</u> Hospital San Agustín</p> <p><u>Centro de Diagnóstico y Tratamiento (AFASS)</u>  Vega Baja Morovis</p> <p>171 Utuado 894-2685</p> <p><u>Centro de Salud (AFASS)</u> Utuado</p>	<p>DISPENSARIO REGIONAL Ave. Corazones #1040 Bo. Sábalo Urb. Villa Sultanita Apartado 1570 Mayagüez, P.R. 00681-1570</p> <p>348 MAYAGUEZ 833-8700 Añasco Cabo Rojo Hormigueros Lajas Las Marías Maricao Sabana Grande San Germán</p> <p><u>MAYAGÜEZ</u> Clínica Española Hospital Regional (AFASS) Clínica Dr. Perea</p> <p><u>SAN GERMAN</u> Hospital La Concepción</p> <p><u>CENTRO DE SALUD</u>  <u>RINCÓN</u> Rincón Rural Health</p> <p><u>CABO ROJO</u> Instituto Caborreño de Servicios Médicos, Inc.</p> <p><u>CENTRO DE SALUD (AFASS)</u> San Germán</p> <p><u>Centro de Diagnóstico y Tratamiento (AFASS)</u> Mayagüez Añasco Las Marías Hormigueros Sabana Grande Lajas Maricao</p>	<p>Hospital Dr. Domínguez Hospital Font Martelo Hospital Ryder Memorial Hospital del Área (AFASS)</p> <p><u>Centro de Diagnóstico y Tratamiento (AFASS)</u> Juncos Humacao Las Piedras Maunabo Naguabo</p> <p><u>DISPENSARIO INTERMEDIO FAJARDO</u> Fajardo Río Grande Luquillo Ceiba Culebra Vieques</p> <p><u>FAJARDO</u> Hospital Comunidad de Fajardo</p> <p><u>Hospital Industrial</u>  <u>Centro de Diagnóstico y Tratamiento (AFASS)</u> Fajardo Luquillo Río Grande Ceiba Culebra Vieques</p>	<p>Adjuntas</p> <p><u>Centro de Diagnóstico y Tratamiento</u> Peñuelas Villalba Juana Díaz</p> <p>521 COAMO 825-2113 Orocovis</p> <p><u>Centro de Diagnóstico y Tratamiento</u> Coamo Orocovis</p> <p>528 GUAYAMA 864-2932 Arroyo Patillas Salinas</p> <p><u>GUAYAMA</u> Hospital Santa Rosa</p> <p><u>ARROYO</u> Hospital Lalayette</p> <p>598 CASTAÑER  <u>Hospital de Área (AFASS)</u> Guayama</p> <p><u>Centro de Diagnóstico y Tratamiento</u> Salinas Arroyo Guayama</p> <p>536 JAYUYA 828-4230</p> <p><u>CENTRO DE SALUD</u> Jayuya</p> <p>577 YAUCO Guánica Guayanilla Ensenada</p> <p><u>Hospital de Área (AFASS)</u> Yauco</p> <p><u>Centro de Diagnóstico y Tratamiento</u> Guánica Guayanilla</p>	<p>DISPENSARIO REGIONAL Carretera Núm. 2 Km. 8.5 Barrio Juana Sánchez Apartado 248 Bayamón, P.R. 00958-0248</p> <p>511 BAYAMON 782-8250 Dorado Toa Baja Comerio Barranquita Vega Alta Cataño</p> <p><u>Hospital Industrial</u>  <u>Hospital Regional de Bayamón (AFASS)</u>  <u>Centro de Diagnóstico y Tratamiento</u> Bayamón Vega Alta Dorado Toa Baja Comerio Cataño</p> <p>623 COROZAL 859-2660 Naranjito Toa Alta 794-2660</p> <p><u>Centro de Diagnósticos y Tratamiento</u> Toa Alta Corozal Naranjito</p>	<p>DISPENSARIO REGIONAL Edif. Mercantil Caguas Ave. Muñoz Marín Urb. Santa Juana Apartado 425 Caguas, P.R. 00926-0425</p> <p>813 CAGUAS 746-2010 Aguas Buenas Gurabo San Lorenzo</p> <p><u>CAGUAS</u>  <u>Hospital Regional (AFASS)</u>  <u>Centro de Diagnóstico y Tratamiento (AFASS)</u> Caguas Aguas Buenas Gurabo San Lorenzo</p> <p>817 CAYEY 738-4687 Aibonito Cidra</p> <p><u>CAYEY</u>  Hospital Menonita (Antigua Clínica Font)</p> <p><u>Centro de Salud (AFASS)</u> Cayey</p> <p><u>AIBONITO</u> Hospital Menonita</p> <p><u>Centro de Diagnóstico y Tratamiento (AFASS)</u> Aibonito Cidra</p>
REGION 2 – SAN JUAN	REGION 4 – HUMACAO	REGION 5 – PONCE		REGION 7 - CAROLINA	REGION 9 – AGUADILLA
<p>DISPENSARIO REGIONAL Calle Ponce de León Núm.1579, Sector El Cinco Urb. Caribe Apartado 42006 San Juan, P.R. 00940-42006</p> <p>264 San Juan 282-7400 Santurce Río Piedras Guaynabo</p> <p><u>HOSPITAL INDUSTRIAL</u>  Centro Médico de Río Piedras</p>	<p>DISPENSARIO REGIONAL Ave. Soleuvar de Río #2 Carr. Estatal Núm. 3 Apartado 9212 Humacao, P.R. 00792-9212</p> <p>434 HUMACAO 852-1400 Las Piedras Naguabos Juncos Yabucoa Maunabo</p>	<p>DISPENSARIO REGIONAL Carr. Estatal #1 Esq. Ave. Malecón Apartado 949 Ponce, P.R. 00733-0949</p> <p>556 PONCE 848-4545 Adjuntas Santa Isabel Peñuelas Juana Díaz Villalba</p> <p><u>PONCE</u> Hospital Dr. Pila Hospital San Lucas Hospital Santo Asilo de Damas Hospital San Cristóbal Hospital Regional de Ponce (AFASS)</p>	<p><u>Hospital de Área (AFASS)</u> Yauco</p> <p><u>Centro de Diagnóstico y Tratamiento</u> Guánica Guayanilla</p>	<p>OFICINA REGIONAL DE CAROLINA Escorial Office Park Carr. 2 Bo. San Antón Apartado 050 Carolina, P.R. 00987</p> <p>716 CAROLINA 757-6850 Trujillo Alto Canóvanas Loíza</p> <p><u>CAROLINA</u> Hospital Federico Trilla</p> <p><u>Centro de Diagnóstico y Tratamientos (AFASS)</u> Trujillo Alto Carolina Canóvanas</p>	<p>DISPENSARIO REGIONAL Barrio Caimital Carr. Núm. 2 Km 126.4 Apartado 336 Aguadilla, P.R. 00605-0336</p> <p>303 AGUADILLA 891-0805 Aguada Moca San Sebastián Isabela Rincón</p> <p><u>MOCA</u> Hospital San Carlos Borromeo</p> <p><u>AGUADILLA</u> Hospital del Área (AFASS)</p> <p><u>Centro de Diagnóstico y Tratamiento (AFASS)</u> Aguadilla Isabela Moca Aguada San Sebastián Rincón</p>