



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
CORPORACION DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO
PO BOX 385028 • SAN JUAN, PUERTO RICO 00938-5028

INFORME PATRONAL
VEA INSTRUCCIONES AL DORSO

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO - USO EXCLUSIVO DE LA CORPORACION

NUMERO DE CASO - CFSE				D/C	Batch	FECHA RADICACION			CLAVE DE COMPENSABILIDAD	REG. Y DISP. TRAT.	FECHA ALTA (CT)		
AÑO	DISP	NUMERO	AÑO			MES	DIA	AÑO			MES	DIA	
FECHA ALTA DEFINITIVA				JORNAL DIARIO	COMPENSACION SEMANAL	NUMERO DE POLIZA				CLAVE	GRUPO	STAT. PAT.	PROC. POR.
AÑO	MES	DIA	DIAS			AÑO	T	R	O				

PARTE A - INFORMACION DEL PATRONO

1. NOMBRE DEL PATRONO (SEGUN POLIZA)				2. NUMERO DE POLIZA		AÑO T R O		NUMERO		Año Fact.		AMP.		3. SEGURO SOCIAL PATRONAL			
DIRECCION POSTAL - URB. O COND. O BARRIO, CARR. KM. H.				4. CLASE DE PATRONO: <input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Súdico <input type="checkbox"/> Sucesión <input type="checkbox"/> Albacea <input type="checkbox"/> Otros										5. CLASE DE NEGOCIO			
NUMERO CALLE, MUNICIPIO, O PAIS, (CODIGO POSTAL +4)				6. NOMBRE Y SITIO DE NEGOCIO (Urb., Calle, Núm., Barrio, Carr., Km., Hm., Pueblo)										7. TELEFONO			

PARTE B - INFORMACION SOBRE EL LESIONADO

8. NUMERO SEGURO SOCIAL				9. APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRE 1				NOMBRE 2			
10. DIRECCION RESIDENCIAL (FISICA)				11. DIRECCION POSTAL EN LA QUE INTERESA RECIBIR SU CORRESPONDENCIA (URB. O COND. O BARRIO, CARR. KM. H.)															
				(NUMERO, CALLE, MUNICIPIO O PAIS)												CODIGO POSTAL + 4			
12. SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		13. TELEFONO		14. ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO		15. NUM. DEPENDIENTES HIJOS NO HIJOS		16. TRABAJA EL CONYUGE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		17. NOMBRES DE PADRE Y MADRE									
18. FECHA NACIMIENTO AÑO MES DIA			19. EDAD		20. PUEBLO DE NACIMIENTO		21. GRADO ESCOLARIDAD		22. OCUPACION HABITUAL				23. MANO HABIL <input type="checkbox"/> DER. <input type="checkbox"/> IZO.						
24. FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO RESIDA CON LESIONADO				25. TELEFONO				26. DIRECCION				27. FECHA ACCIDENTE AÑO MES DIA							
28. HORA DEL ACCIDENTE		29. HORA COMENZO A TRABAJAR EL DIA DEL ACCIDENTE <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.		29-B. LICENCIA ACUMULADA VAC. REG. _____ VAC. ENF. _____ TIEMPO COMP. _____		30. FECHA EN QUE SUSPENDIO SU LABOR AÑO MES DIA		31. PUEBLO DE ACCIDENTE											
32. ACCIDENTE AUTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		33. FECHA DE LA MUERTE DIA MES AÑO				34. SI EL LESIONADO ES MENOR DE EDAD INDIQUE SI TIENE PERMISO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				35. SUELDO		36. FRECUENCIA <input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL							
37. NUMERO DE DIAS/U HORAS QUE TRABAJA EN LA SEMANA Dias: _____ Horas: _____				38. DEPARTAMENTO O UNIDAD QUE TRABAJA EL EMPLEADO				39. TIEMPO QUE LLEVA REALIZANDO SU OCUPACION HABITUAL CON PATRONO ACTUAL				40. FECHA DE POSIBLE JUBILACION AÑO MES DIA							
41. ¿OCURRIÓ EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		42. ¿TIENE USTED CONTRATO DE APARCERIA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		43. INDIQUE LA LABOR QUE REALIZABA EL LESIONADO CUANDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE				44. ¿ESTABA EN GESTIONES OFICIALES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO											
45. LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, PUEBLO) - EN CASO CONSTRUCCION SEÑALE ADEMAS, NOMBRE DEL PROYECTO								46. ¿SUFRIERON OTROS EMPLEADOS LESIONES COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> SI NUM. _____ MURIERON <input type="checkbox"/> SI NUM. _____ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO											
47. DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL INDIQUE EL VEHICULO HERRAMIENTA, SUSTANCIA O EL NOMBRE Y DIRECCION DE LA PERSONA QUE CAUSA EL ACCIDENTE (ESPECIFIQUE LA RELACION DE ESA PERSONA CON EL PATRONO)																			
48. OBSERVACIONES QUE ESTIME PERTINENTE HACER																			
49. ¿TRABAJA EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATRONO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (INCLUYA EL NOMBRE DE LA EMPRESA)												50. TIEMPO <input type="checkbox"/> AÑOS _____ <input type="checkbox"/> MESES _____		SALARIO <input type="checkbox"/> SEMANAL _____ <input type="checkbox"/> MENSUAL _____					
51. TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE SEGUN INVESTIGACION DEL PATRONO																			
NOMBRE								DIRECCION											
NOMBRE								DIRECCION											
52. ¿HA RADICADO RECLAMACION EN OTRAS AGENCIAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SINOT <input type="checkbox"/> ACAA <input type="checkbox"/> SEGURO SOCIAL <input type="checkbox"/> BEN. POR DESEMPLEO				53. NUMERO DE RECLAMACION				FECHA DE RECLAMACION AÑO MES DIA				54. SI HA RADICADO EL LESIONADO UN CASO ANTERIOR EN CFSE INDIQUE FECHA RADICACION NUMERO DE CASO AÑO MES DIA							
55. PUEBLO DONDE LLENO ESTE INFORME				56. FECHA DE ESTE INFORME AÑO MES DIA				57. NOMBRE DEL PATRONO											
58. NOMBRE DEL PATRONO O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO (En letra de molde)								59. PUESTO				60. CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERDADERA Y ENTIENDO QUE CUALQUIER RECLAMACION FRAUDULENTO CONSTITUIRA DELITO. FIRMA							

PARTE C - PARA USO DEL CFSE

61. FECHA DEL PRIMER EXAMEN AÑO MES DIA			62. IMPRESION, DIAGNOSTICO INICIAL Y CODIGO DE DIAGNOSTICO												
63. HAY RELACION ENTRE LESION Y ACCIDENTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PENDIENTE DETERMINAR				64. REQUIERE INVESTIGACION <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				65. REQUIERE REFERIRSE A ESPECIALISTAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO INDIQUE CUALES							
66. ¿RECIBIO TRATAMIENTO MEDICO ANTES DE VENIR CFSE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				67. ¿AUTORIZO UD. A TRABAJAR AL LESIONADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO EN CASO DE "SI" INDIQUE SI FUE CT ALTA FECHA: AÑO MES DIA				68. REQUIERE HOSPITALIZACION <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO AÑO MES DIA				69. MANO HABIL <input type="checkbox"/> DER. <input type="checkbox"/> IZO.		70. DURACION ESTIMADA DEL TRATAMIENTO _____ SEMANAS	
71. LUGAR DISPENSARIO DE TRATAMIENTO				72. NOMBRE DEL MEDICO				73. FIRMA							