

SOLICITUD N°

PATRONO	Nombre del Patrono: _____
	Naturaleza del Negocio: _____
	Dirección: _____
	Identidad: _____ R.T.N. _____
	Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

TRABAJADOR	Nombre: _____
	Dirección: _____
	Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____
	Ocupación (cuando sufrió el accidente): _____
	Cargo para el cual se encuentra empleado: _____
	Sueldo: _____ Mensual: _____ Por Día: _____ Por Hora: _____
	¿Cuántas horas trabaja a diario? _____ Promedio diario en caso de que trabaje a destajo o por tarea: _____

ACCIDENTE	Fecha del accidente: _____
	Lugar del accidente: _____
	Estaba el accidentado bajo efectos de licor o drogas: _____
	El accidentado fue voluntariamente culpable: _____
	El accidente se debió a fuerza mayor o caso fortuito extraño al trabajo: _____
	Se puede considerar autolesión o simulación: _____
	Porqué: _____
	Se desempeñaba en funciones propias a su cargo: _____
	Maquinaria, herramientas o cosa que causó la lesión: _____
	Parte de la maquinaria con que ocurrió el accidente: _____
	Existen dispositivos de seguridad: _____
	Estaban puestos: _____
	Fue el accidente causado por la falta de dichos dispositivos o a la no observancia de los mismos: _____ _____ ¿Por culpa de quién? _____
Fue el accidente por fallas mecánicas: _____	
Como ocurrió el accidente: _____	

LESION	Parte lesionada: _____
	Probable incapacidad: _____
	Nombre y dirección del Médico que prestó la asistencia inicial: _____
	Lugar donde se trasladó el accidentado: _____
	Ha muerto el accidentado: _____ Fecha: _____ Tegucigalpa, M.D.C. _____ de _____ del 20 _____

_____ CARGO _____ NOMBRE _____ FIRMA _____