

CATHOLIC MUTUAL

FORMULARIO INFORME DE ACCIDENTE

FECHA: _____

Iglesia / Localidad _____

Dirección _____

Teléfono: _____

Fecha del accidente _____ Hora del accidente _____

Nombre del la persona herida o grupo dañado _____

Dirección _____

Teléfono _____ (especifique si es del domicilio, trabajo, o número del trabajo de los padres)

Otro Número de Teléfono _____ (cualquier número adicional donde el partido o el guardian éste al alcance)

Fecha de nacimiento _____ Num. de Seguro Social _____

Lugar del Accidente _____

Descripción del Accidente

¿Cuáles son las lesiones y/o daños?

¿Hay testigo? (si es asi, cuáles son los nombres, direcciones, y número de teléfono disponible)

¿Recibieron atención médica en el lugar del accidente? Si No

¿Se llavaron a el/la herido(a) al hospital o al doctor? Si No

Si es asi, ¿dónde? _____

Si es menor de edad, ¿se contactó a los padres? Si No

Condición de el/la herido(a)

Si la persona herida es menor de edad y estaba en una actividad juvenil, ¿tenia con el (ella) el formulario de permiso de los padres?
 Si No

¿Quién presentó éste informe? (nombre, dirección y cargo, si es empleado de una parroquia/escuela o localidad diocesana.)

Si usted desea dibujar un diagrama del accidente para ilustrar la manera en que se llevaron los hechos, le sugerimos que lo haga.

Firma

COMENTARIOS:

FAVOR DE MANDAR DE INMEDIATO ESTE FORMULARIO DE INFORME DE ACCIDENTE

CATHOLIC MUTUAL GROUP
1201 East Highland Avenue
San Bernardino, CA 92404-4641
Phone # 909-886-6001 Fax #
909-883-9311
Email: sbserviceoffice@catholicmutual.org