

# 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