

EMPLOYEE INCIDENT REPORT

THIS IS NOT A REPORT OF INJURY FORM. PLEASE REPORT THE INJURY ONLINE AT MEM-INS.COM OR BY CALLING 800.442.0593.

TO BE COMPLETED BY EMPLOYER	NAME OF INJURED EMPLOYEE		DATE OF INCIDENT		TIME OF INCIDENT ☐ A.M. ☐ P.M.		DATE REPORTED	
	DEPARTMENT				JOB TITLE		HIRE DATE	
	JOB PERFORMED				SUPERVISOR			
	EMPLOYER				POLICY NO.			
	EMPLOYER CONTACT NAME				EMPLOYER PHONE NO.			
	INCIDENT LOCATION							
	EXTENT OF INJURY				TREATING MEDICAL FACILITY			
TO BE COMPLETED BY INJURED EMPLOYEE IF POSSIBLE	BODY PART INJURED ☐ NO INJURY ☐ FIRST AID ONLY ☐ TAKEN TO CLINIC ☐ TAKEN TO ER ☐ FATALITY							
	DESCRIPTION OF INCIDENT							
ANY OTHER WITNESSES? ☐ YES ☐ NO		NAME & PHONE NO.		NAME & PHONE NO.		NAME & PHONE NO.		
WERE THERE OTHERS INJURED?		NAME & PHONE NO.		NAME & PHONE NO.		NAME & PHONE NO.		
REPORT COMPLETED BY				SIGNATURE		DATE		
TITLE				PHONE NUMBER				
Submit completed form to:				MEM P.O. Box 1810, Columbia, MO 65205		Fax: 800.442.0597 Email: claims@mem-ins.com		

EMPLOYEE INCIDENT REPORT

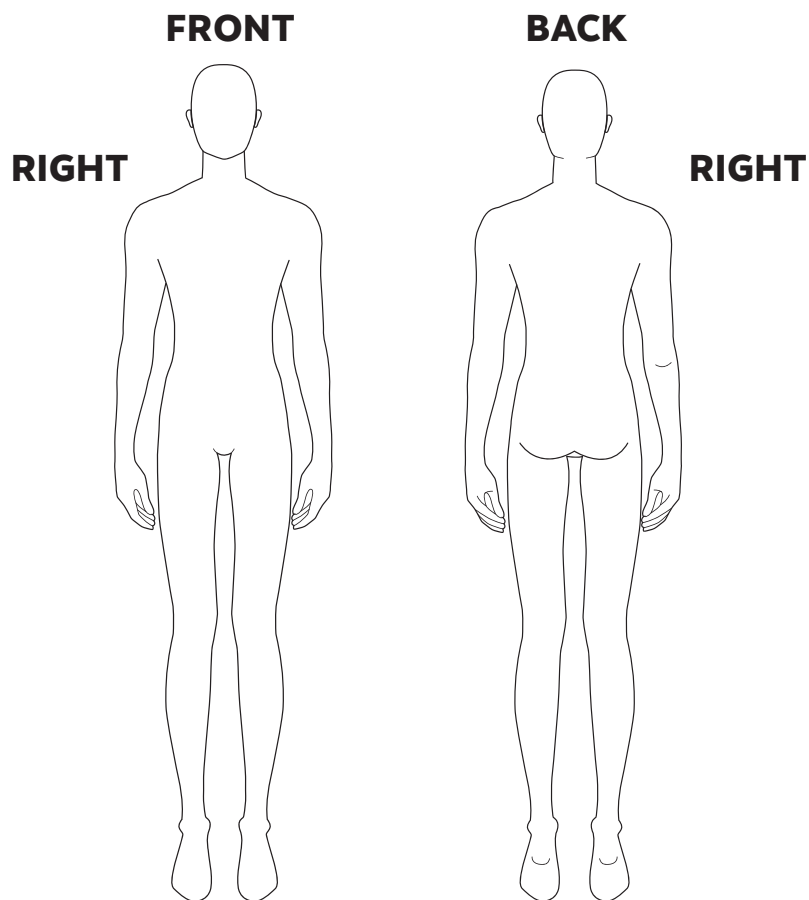
THIS IS NOT A REPORT OF INJURY FORM. PLEASE REPORT THE INJURY ONLINE AT MEM-INS.COM OR BY CALLING 800.442.0593.

NAME: _____ DATE: _____

DEPARTMENT: _____ JOB TITLE: _____

Mark the areas of the body where you feel the described sensations with the appropriate symbols from the chart below.

NUMBNESS	+++++	SHARP	/////
BURNING	xxxxx	DULL & ACHING	*****
PINS & NEEDLES	ooooo	WEAKNESS	#####



Indicate pain level below



SIGNATURE: _____ DATE: _____

WITNESS: _____ DATE: _____

TITLE: _____

INFORME DE INCIDENTE DEL EMPLEADO

ESTE NO ES UN FORMULARIO DE INFORME DE LESIONES. POR FAVOR, INFORME LA LESIÓN EN LÍNEA EN MEM-INS.COM O LLAME AL 800.442.0593.

POR COMPLETAR POR EL EMPLEADOR	NOMBRE DEL EMPLEADO LESIONADO		FECHA DEL INCIDENTE	HORA DEL INCIDENTE ☐ A.M. ☐ P.M.	REPORTADA FECHA
	DEPARTAMENTO			TÍTULO DEL PUESTO	FECHA DE INICIO DE EMPLEO
	TRABAJO REALIZADO			SUPERVISORA	
	EMPLEADOR			NÚMERO DE PÓLIZA	
	NOMBRE DE CONTACTO DEL EMPLEADOR			TELÉFONO DEL EMPLEADOR	
	LUGAR DEL INCIDENTE				
POR COMPLETAR POR EL EMPLEADO LESIONADO SI ES POSIBLE	ALCANCE DE LA LESIÓN ☐ SIN LESIÓN ☐ PRIMEROS AUXILIOS SOLAMENTE ☐ LLEVADO A LA CLÍNICA ☐ LLEVADO A LA SALA DE EMERGENCIAS ☐ FATALIDAD			FACILIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN	
	PARTE DEL CUERPO LESIONADA				
	DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE				
POR COMPLETAR POR EL EMPLEADO LESIONADO SI ES POSIBLE					
POR COMPLETAR POR EL EMPLEADO LESIONADO SI ES POSIBLE	¿HAY OTROS TESTIGOS? ☐ SI ☐ NO		NOMBRE Y TELÉFONO	NOMBRE Y TELÉFONO	NOMBRE Y TELÉFONO
	¿HUBO OTROS LESIONADOS?		NOMBRE Y TELÉFONO	NOMBRE Y TELÉFONO	NOMBRE Y TELÉFONO
INFORME COMPLETADO POR			FIRMA	FECHA	
TÍTULO DEL PUESTO			NÚMERO DE TELÉFONO		
Enviar el formulario completado a: MEM P.O. Box 1810 Columbia, MO 65205 Fax: 800.442.0597 Correo electrónico: claims@mem-ins.com					

INFORME DE INCIDENTE DEL EMPLEADO

ESTE NO ES UN FORMULARIO DE INFORME DE LESIONES. POR FAVOR, REPORTE LA LESIÓN EN LÍNEA EN MEM-INS.COM O LLAMANDO AL 800.442.0593.

NOMBRE: _____ FECHA: _____

DEPARTAMENTO: _____ TÍTULO DEL PUESTO: _____

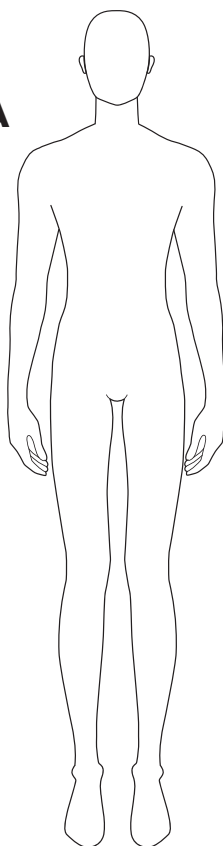
Marque las áreas del cuerpo donde siente las sensaciones descritas con los símbolos apropiados del cuadro a continuación.

ADORMECIMIENTO	+++++	AFILADO	/////
QUEMAZÓN	xxxxx	DOLOR SORDO Y DOLOROSO	*****
ALFILERES Y AGUJAS	ooooo	DEBILIDAD	#####

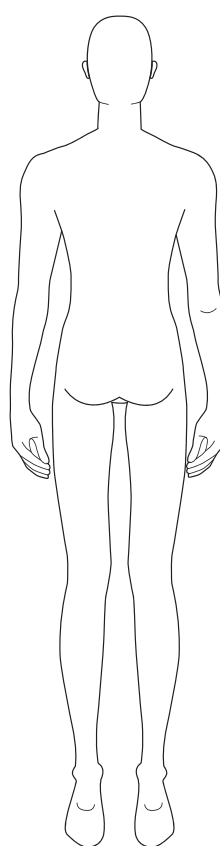
DELANTERO

ATRÁS

DERECHA



DERECHA



Indique el nivel de dolor a continuación

NINGUNO	POCO	MODERADO	SEVERO	INSOPORTABLE			

FIRMA: _____ FECHA: _____

TESTIGO: _____ FECHA: _____

TÍTULO DEL PUESTO: _____