

Injured worker SIGNS, returns to employer's office
Employer returns to S & C CLAIMS SERVICES, INC.



S & C CLAIMS SERVICES, INC.
10421 South Jordan Gateway Blvd.
#400
South Jordan, UT 84095
Tel (801) 268-0195
Toll Free (888) 281-0045
Fax (801) 255-0849

SUPERVISOR'S REPORT OF INVESTIGATION
REPORTE DE INVESTIGACION DEL SUPERVISOR

This form must be completed in its entirety by the IMMEDIATE SUPERVISOR of the injured employee and must accompany all Employer's First Report of Injury or Illness forms (form 122)
Este formulario debera ser llenado completamente por el supervisor inmediato del empleado lesionado y debe de acompañar el Primer Reporte de Lesion o Enfermedad (Formulario 122)

Injured Worker's Name: _____
Nombre del Empleado Lesionado:

Job Site/Injury Location: _____
Lugar de Trabajo/Ubicacion de Accidente:

Date of injury/illness: ____/____/____ Time of injury/illness occurred: _____
Fecha de Accidente: Hora en que sucedio lesion o enfermedad:

Time Employee's Shift Begins: _____ a.m. / p.m.
Hora en la cual el trabajador lesionado empieza su turno:

Employee's hire date: ____/____/____
Fecha que el empleado lesionado fue contratado:

Home Phone: _____ Age: _____ Sex: ____Male ____Female
Numero de Telefono: Edad: Sexo: Hombre Mujer

Who reported the injury/illness? _____
Quien reporto el accidente?

When was injury/illness reported? _____
Cuando fue reportado el accidente?

To whom was it reported? _____
A quien fue reportado?

Type of injury/illness: _____
Tipo de lesion o enfermedad:

What was the Employee doing when the injury/illness occurred?
Que hacia el empleado cuando sucedio la lesion o enfermedad?

Describe how the injury/illness occurred:
Describe como sucedio la lesion o enfermedad:

Injured worker SIGNS, returns to employer's office
Employer returns to S & C CLAIMS SERVICES, INC.



SUPERVISOR'S REPORT OF INVESTIGATION
REPORTE DE INVESTIGACION DEL SUPERVISOR

Continued

Were there any witnesses?
Hubo algun Testigo?

Yes/Si

No

If "YES," see attached Witness Statement sheet
Si hubo, vea la Declaracion del Testigo

Could this injury/illness have been prevented?
Se hubiera podido prevenir esta lesion o enfermedad?

Yes/Si

No

If "YES," how?

Si contesto Si, explique: _____

Specifically, what did anyone do, or fail to do, that caused the accident?

Especifique claramente que hicieron o dejaron de hacer las demas personas para que este accidente ocurriera? _____

Was this injury/illness the result of unsafe working condition(s) at the job site?

Fue esta lesion o enfermedad el resultado de una situacion insegura en el lugar del trabajo?

Yes/Si

No

If "YES," please describe the condition(s):

Si contesto SI, Por favor describa la situacion: _____

What action(s) have been taken to prevent such an injury/illness from occurring again?

Que acciones se han tomado para prevenir que no sucedan este tipo de accidentes?
