



MUNICIPIO AUTÓNOMO DE GUAYAMA
AVISO DE INCIDENTE
RESPONSABILIDAD PÚBLICA

Municipio: Guayama
Dependencia a cargo del área de accidente: Secretaria Municipal
Persona Contacto: Marisol Hernández Carmona
Teléfono: (787) 864-0600 ext. 2456

I. INFORME DEL PERJUDICADO

Nombre de la persona: _____ Celular: _____
Teléfono Trabajo: _____ Teléfono Alterno: _____

Dirección Postal:

Dirección Física:

Fecha de nacimiento: / / #Seguro Social: _____ Sexo F M
M D A

Estado Civil: _____ Nombre del Conyugue: _____

Condición y/o padecimiento: _____

Recipiente de beneficios de Medicare: Si No

II. DESCRIPCION DE LA OCURRENCIA

Describe lo ocurrido:

Fecha de la Ocurrencia: / / Hora: de la Ocurrencia: AM PM

Lugar exacto de la ocurrencia:

Hacia donde se dirigía:

De donde venía:

Razón de la visita:

Visita el lugar frecuentemente: Si No

La persona afectada: Resbaló Tropezó Perdió el balance

Si la persona resbaló o tropezó, favor de indicar con qué:

Condiciones del Tiempo: Soleado <input type="checkbox"/> Nublado <input type="checkbox"/> Lluvioso <input type="checkbox"/>		
Condiciones de Luz: Día <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Luz Artificial <input type="checkbox"/>		
Iluminación del Área: Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/>		
Condición del Piso: Seco <input type="checkbox"/> Mojado <input type="checkbox"/> Obstruido con Defectos <input type="checkbox"/>		
Tipo de Calzado: _____ Altura del Taco _____ Suela: <input type="checkbox"/> Gastada <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/>		
Vestimenta: (traje largo/ corto, camisa, pantalón _____)		
Lesionado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Daño a la Propiedad: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Describa Lesión o daño:		
¿El incidente fue el resultado de un trabajo de construcción o reparación? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Explique:		
Nombre del Contratista _____ Persona Contacto: _____		
Dirección:		
Teléfono: _____		
Área donde ocurre Incidente: <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Entidad Privada		
Si es Entidad Privada: Existe Contrato Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Nombre:		
Teléfono:		
El incidente es resultado de un trimmer: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Trimmer: Con Tapa <input type="checkbox"/> Sin tapa <input type="checkbox"/>		
Nombre del Operador: _____ Supervisor de Brigada _____		

Notificación a la Policía : Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	# Querrela
Notificación a Bomberos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Unidad
Ambulancia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Unidad
Transportado a Hospital: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre del Hospital:

III TESTIGOS

Nombre del Testigo(s)	Teléfono:
Dirección: del Testigo(s):	

IV. EN CASO DE DAÑOS A VEHICULO DE MOTOR: INDIQUE
V.

Accidente fue ocasionado por avería en carreteras del Municipio: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre del dueño del Vehículo: Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____ Tablilla: _____
Descripción de daños:

VI. EN CASO DE DAÑO A PROPIEDAD PRIVADA

Descripción de Propiedad afectada:
Descripción de Daños:

Reporte preparado por: _____ Fecha: _____

Firma de la persona que prepara el informe: _____ Teléfono: _____