

**SUPERVISOR'S REPORT OF ACCIDENT  
REPORTE DEL SUPERVISOR DE UN ACCIDENTE**

---

Employer/Patron

Division/Divicion

---

Name of Injured/Nombre Del Lesionado

---

Social Security Number/Names Del Seguro Social

Occupation/Ocupacion

---

Date of Accident/Fecha Del Accidente

Year/Año

Hour/Hora

AM  
PM

---

Name and Address of Physician/Nombre Y Direccion Del Doctor

---

Nature of Injury/Clase De Accidente

---

Did Injured Leave Work?

¿Se Fue Del Trabajo El Lesionado?

Date

Fecha

Year

Año

Hour AM

Hora PM

---

Did Injured Return to Work?

¿Regreso Al Trabajo El Lesionado?

Date

Fecha

Year

Año

Hour AM

Hora PM

---

Was Injured Acting in Regular Line of Duty? / ¿Se Ocupada En Su Puesto Regular?

---

Where Did Accident Occur? / ¿Donde Sucedio El Accidente?

---

How Did Accident Occur? / ¿Como Sucedio El Accidente?

---

What steps should be taken to prevent a similar accident? /

¿Que Deberia De Hacer Para Prevenir un Accidente Similar?

---

Date/Fecha

Supervisor's Signature/Firma Del Supervisor

**STATE COMPENSATION INSURANCE FUND**

SCIF 17609 (RE. 8-94)

ORIGINAL – MAIN OFFICE COPY  
DUPLICATE – EXTRA COPY  
TRIPLICATE – SUPERVISOR'S COPY