**DECLARACIÓN DE AUSENCIA DE LESIONES**

**No Injury Declaration (Spanish)**

*Instructions: Use this form on a regular basis or after a project to assure there are no malingering or unreported claims. Many employers have it printed on timesheets and use at the end of a shift or pay period.*

Comprendo que todas y cada lesión debe ser reportada de inmediato a mi supervisor o [coordinador de compensación al trabajador]. Comprendo que tan pronto como sea razonablemente posible se me requerirá que complete un formulario de Informe de lesiones. Si resulté lesionado en el trabajo durante el período de tiempo abajo mencionado ya he notificado a mi supervisor o [coordinador de compensación al trabajador], y completado los papeles apropiados. Al firmar esta declaración confirmo que desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta la fecha de hoy, no he sufrido una lesión que no haya reportado durante el transcurso del empleo en la empresa.

Declaro que lo que precede es verdad y correcto de acuerdo a la pena de falso testimonio bajo las leyes del Estado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. .

Firma del empleado Fecha / /

Nombre del(la) empleado(a) (por favor en letra de imprenta)