



Employee Data Record
CONFIDENTIAL

Date (fecha): _____

Dep't./Emp. No. _____ / _____
(Departamento/numero de empleado)

Name _____ Social Security No. _____
Last First Middle (Numero social)
(Nombre – Apellido, Primer, Segundo)

Please complete this Employee Data Record. It will supply us information needed for our payroll and benefit programs.

Present Address _____
(domicilio actual)
City _____ State _____ Zip _____ Phone _____
(Ciudad) (estado) (codigo postal) (numero de telefono)

In Case of Emergency Notify (en caso de emergencia comunicarse con):

Please Print

1. Name _____ Phone: (Day) _____
(nombre) (numero de dia)
Address _____ Phone: (Night) _____
(domicilio) (numero de noche)
City _____ State _____ Zip _____
(ciudad) (estado) (codigo postal)

2. Name _____ Phone: (Day) _____
(nombre) (numero de dia)
Address _____ Phone: (Night) _____
(domicilio) (numero de noche)
City _____ State _____ Zip _____
(ciudad) (estado) (codigo postal)

Personal Data (informational personal):

Date of Birth: _____
(fecha de nacimiento)

Name of Spouse: _____
(nombre de su esposo(a))

Contact Phone: _____
(numero de contacto)

List all medications and allergies: _____
(anotar todas las medicaciones y alergias)

Signed: _____
(firma)