

NEAR MISS REPORT INFORME DE CASI ACCIDENTE

Safety Binder 2024

Client Name/Location

Date

Nombre del Cliente / Ubicación

Fecha

Employee's Name (if applicable)

Nombre del empleado (si corresponde)

Shift

Department

Supervisor

Turno

Departamento

Supervisor

INCIDENT DETAILS

Incident Date

Time

AM

PM

Fecha del incidente

Hora

Description of Occurrence

Descripción de la ocurrencia

What Personal Protective Equipment (PPE) were used?

¿Qué equipo de protección (PPE) tenía puesto el empleado lesionado

Were any safety rules violated?

Yes No

If Yes, please explain

¿Se violaron las reglas de seguridad?

Si No

En caso afirmativo, explíquelo por favor

RECOMMENDATIONS

What corrective actions should be, or have been, done to prevent this incident?

¿Qué acciones correctivas se deberían o se han realizado para prevenir este incidente?

Other General Observations

Otras observaciones generales

I swear that the above statement in regards to the incident and its surrounding events is true to the best of my knowledge.

Juro que la declaración anterior con respecto al incidente y los eventos circundantes es verdadera a mi leal saber y entender.

Name of Persons Completing Form

Position

Nombre de la persona que completa el formulario

Posición

Signature

Date

Firma

Fecha

