

WITNESS REPORT INFORME DE TESTIGO

Safety Binder 2024

Client Name/Location _____ Date _____

Nombre del Cliente / Ubicación _____ *Fecha* _____

Injured Employee's Name _____

Nombre del empleado lesionado _____

Incident Location (be specific) _____

Ubicación del incidente (sea específico) _____

Witness Name (Last Name, First Name, Middle Int.) _____

Nombre del testigo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____

Shift _____ Department _____ Supervisor _____

Turno _____ *Departamento* _____ *Supervisor* _____Incident Date _____ Time _____ AM PM*Fecha del incidente* _____ *Hora* _____**STATEMENT OF WITNESS**

I witnessed the incident occur Yes No, I was working with the injured person

Fui testigo del incidente ocurrido Si Estaba trabajando con la persona lesionada

What was the injured person doing at the time of the incident?

¿Qué estaba haciendo la persona lesionada en el momento del incidente?

Where were you in respect to the injured employee?

¿Dónde estabas con respecto al empleado lesionado?

Were there other witnesses to the incident?

¿Hubo otros testigos del incidente?

What did you see, or hear, happen?

¿Qué viste, o escuchar, pasar?

What caused the incident?

¿Qué causó el incidente?

What protective equipment (PPE) did the injured employee have on?

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

What part of the body did the employee injure?

¿Qué parte del cuerpo lesionó el empleado?

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.

Witness Signature _____ Date _____

Firma de testigo _____ *Fecha* _____

Witness Phone Number _____

Número de teléfono del testigo _____