

INCIDENT/INJURY REPORT

Safety Binder 2024

Branch/Client <i>Sucursal/Cliente</i>	Date <i>Fecha</i>
Employee Name <i>Nombre de empleado</i>	Date of Hire <i>Fecha de contratación</i>
Incident Location (full address and area of facility) <i>Ubicación del incidente (dirección completa y área de instalación)</i>	
First Aid Administered by <i>Los primeros auxilios fueron administrados por</i>	First Aid Refused <input type="checkbox"/> <i>Se negaron los primeros auxilios</i>
What Treatment was Administered? <i>¿Qué tratamiento se administró?</i>	
Employee was referred for further immediate treatment <i>El empleado fue referido para tratamiento inmediato adicional.</i>	Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> <i>Si No</i>
Health Care Facility/Hospital <i>Centro de salud/Hospital</i>	Date <i>Fecha</i>

SECTION TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYEE

Can you read and understand English? <i>¿Puedes leer y entender inglés?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Do you need help with this report? <input type="checkbox"/> <i>¿Necesita ayuda con este reporte?</i>
Name (Last, First, Middle Initial) <i>Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)</i>	Date of Birth <i>Fecha de nacimiento</i>	
Address <i>Dirección de casa</i>	Address 2 <i>Dirección de casa 2</i>	
City <i>Ciudad</i>	State <i>Estados</i>	Zip <i>Código postal</i>
Social Security # <i>Número de seguridad social</i>	Home Phone # <i>Teléfono de casa</i>	
Date of Injury <i>Tiempo de herida</i>	Time of Injury <i>Fecha de herida</i>	Incident Happened During Overtime Hours <input type="checkbox"/> <i>Incidente ocurrido durante horas extras</i>
Date you reported this injury <i>Fecha en que reportó esta lesión</i>	Who did you report it to? <i>¿A quién lo reportaste?</i>	

Continued on next page/Continúa en la siguiente página



SECTION TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYEE - CONTINUED

Safety Binder 2024

Shift/Crew	Department	Supervisor
<i>Turno de trabajo</i>	<i>Departamento</i>	<i>Supervisor</i>
Your Job Title		
<i>Su puesto de trabajo</i>		
What were you doing when the Incident happened? How did it happen?		
<i>¿Qué estabas haciendo cuando ocurrió el incidente? ¿Como paso?</i>		
Describe your injury (example: sprained left ankle, cut right forearm, burn left ring finger, etc.)		
<i>Describe tu lesión (Ejemplo: esguince en el tobillo izquierdo, corte el antebrazo derecho, quemadura del dedo anular izquierdo, etc.)</i>		
Did you injure any other part of your body? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
<i>¿Heriste alguna otra parte de tu cuerpo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></i>		
Which part(s)?		
<i>¿Qué partes?</i>		
Who are the witnesses to your incident?		
<i>¿Quiénes son los testigos de su incidente?</i>		
If "no witnesses", where were you?		
<i>Si no hubiera testigos, ¿dónde estabas?</i>		
What safety/PPE equipment were you wearing? (be specific):		
<i>¿Qué equipo de seguridad llevabas puesto? (se específico)</i>		
What could have been done to prevent this incident?:		
<i>¿Qué podría haberse hecho para prevenir este incidente?</i>		
I authorize release of medical records to my employer & to the workers' compensation insurance carrier for treatment of this injury or illness. I declare that all the facts above are true and I understand that worker's compensation insurance fraud is a criminal offense, punishable by law.		
<i>Autorizo la divulgación de registros médicos a mi empleador y a la compañía de seguros de compensación para trabajadores para el tratamiento de esta lesión o enfermedad. Declaro que todos los hechos anteriores son verdaderos y entiendo que el fraude del seguro de compensación para trabajadores es un delito penal, punible por la ley.</i>		
Employee Signature	Date	
<i>Firma del empleado</i>	<i>Fecha</i>	

