

# 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*

