

SUPERVISOR INCIDENT REPORT

Safety Binder 2024

Company Name _____ Date _____
Nombre de empresa *Fecha*

Associate Name _____ Date of Hire _____
Nombre de empleado *Fecha de contratación*

Incident Location (in facility) _____
Ubicación del incidente (en la instalación)

First Aid Administered by _____ First Aid Refused
Primeros auxilios administrados por *Primeros auxilios rechazados*

What Treatment was Administered?
¿Qué tratamiento se administró?

Employee was referred for further immediate treatment
El empleado fue remitido para recibir tratamiento inmediato adicional

Health Care Facility/Hospital _____ Date _____
Centro de atención médica / hospital *Fecha*

INCIDENT DETAILS

Incident Date _____ Time _____ AM PM
Fecha del incidente *Hora*

Incident Location (be specific)
Ubicación del incidente (sea específico)

Description of Occurrence
Descripción de la ocurrencia

What was the Associate doing when the Incident happened? How did it happen?
¿Qué estaba haciendo el asociado cuando ocurrió el incidente? ¿Como paso?

Describe the injury (example: sprained left ankle, cut right forearm, burn left ring finger, etc.)
Describe la lesión (ejemplo: torcido tobillo izquierdo, corte en el antebrazo derecho, quemadura del dedo anular izquierdo, etc.)

Were there witnesses to the incident? Yes No If Yes, (please name)
¿Hubo testigos del incidente? Si No Si, (por favor nombre)

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

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.

Print Name _____ Position _____
Imprimir nombre *Posición*

Signature _____ Date _____
Firma *Fecha*

