

DECLARACION DEL TESTIGO

Nombre de la Compañía: _____ Fecha del Incidente: _____

Nombre del Empleado Herido: _____

Nombre del Testigo: _____

Dirección: _____ No. Telefónico: _____

Misma Compañía que la Persona Herida? _____ Sí _____ No

Si no, para que compañía trabaja? _____ Telefono de la Compañía: _____

Es usted pariente del empleado herido? _____ Sí _____ No

Si lo es, cual es el parentesco? _____

Cuanto tiempo conoce usted al empleado herido? _____

Porfavor indique la fecha y hora en que ocurrio la herida: Fecha: _____ Hora: _____

Vio usted cuando la herida actualmente ocurrio? _____ Sí _____ No

Si "no" vio, como se dio cuenta usted? _____

Que tan cerca estaba usted del empleado al momento que ocurrio la herida? _____

Por favor explique en detalle lo usted sabe acerca de la herida: _____

Alguna vez le platico este empleado en relacion de lastimarse en el trabajo ? _____ Sí _____ No

Si la respuesta es "Sí", cuando ocurrio esta conversacion? Fecha: _____ Hora: _____

Que le dijo el empleado? _____

Sabe usted de otra herida, enfermedad, o accidente que este empleado haya tenido? _____ Sí _____ No

Si la respuesta es "Sí", por favor explique: _____

Dé los nombres de otras personas que pudieran saber algo acerca de este accidente/herida: _____

Comentario Adicional: _____

A lo mayor de mi conocimiento, esta declaracion esta correcta y verdadera.

Firma del Testigo: _____ Fecha Firmada: _____