

Declaración Testimonial
Lesiones / Investigación de Accidentes

EMPLEADO LESIONADO _____ Fecha de la lesión _____

NOMBRE DEL TESTIGO _____ Departamento _____

¿Has visto suceder accidente? Sí No

¿Estuvo en el área donde el accidente sucedido? Sí No

¿Dónde exactamente ocurrió el accidente? _____

lo que pasó _____

Era obvio que el employe estaba herido? Sí No

¿Qué parte del cuerpo fue herido (sea específico)? _____

¿El empleado utilizando una herramienta o maquinaria cuando se lesionó? Sí No

Describir el equipo _____

¿Alguna vez has oído empleado se queja de lesión o enfermedad similar? Sí No

¿Alguna vez has oído hablar de la charla empleado acerca de la lesión de trabajo antes? Sí No

¿Está usted al tanto de cualquier otro accidente, personal o en el puesto de trabajo, que este empleado ha tenido? Sí No

Si es así, describa -----

¿El empleado viola una regla de seguridad conocido? Sí No

¿Sabía usted que es un hecho que los empleados estaba al tanto de normas de seguridad? Si No

¿Sabes que si el empleado nunca fue advertido por supervisor o nadie acerca de los hábitos de trabajo inseguras? Sí No

¿Qué crees que causó el accidente?

Sin vigilancia equipos no empleado

Descuido Empleado Payasadas

Delibrate Violación de regla de seguridad Equipo mal mantenido

Otro empleado Presión a trabajar más rápido

¿Qué se puede hacer para prevenir un accidente similar en el futuro? _____

Al mejor de mi conocimiento las preguntas anteriores son verdad.

Jurado mí este día _____ de _____ 20 _____

Firma del testigo

Firma del Supervisor