



DECLARACIÓN DEL TESTIGO

(Nombre del cliente que emplea al trabajador lesionado)

COMPLETE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

Nombre del testigo: _____ Fecha de este informe: ____/____/____

Empleador del testigo: _____ No. teléfono del testigo: _____

Nombre del trabajador lesionado: _____ Empleador del trabajador lesionado: _____

Fecha del incidente: ____/____/____ Hora en que ocurrió el incidente: _____

Cliente donde ocurrió el incidente (solo para las agencias de empleo temporal): _____

Dirección donde ocurrió el incidente: _____

¿Es usted familia del trabajador lesionado? (marque una) NO / SÍ Si marcó "SÍ", escriba el parentesco: _____

¿Cuánto tiempo hace que conoce usted al trabajador lesionado? _____

¿Vio usted en realidad el incidente? _____

Explique en detalle lo que usted vio relativo a este incidente: _____

Escriba los nombres de otras personas que pueden tener información relacionada con este incidente:

¿Hay alguna otra información que usted conozca que quizá pueda ayudar en la evaluación justa de este incidente?

Escriba su nombre: _____ Firma: _____

Número de teléfono: _____ Fecha en que se firmó ____/____/____

Al firmar este formulario, usted reconoce que entiende que cualquier persona que a sabiendas proporciona información falsa o fraudulenta es culpable de un delito y puede ser sujeta a multas y/o confinamiento en la prisión estatal.

******OBLIGATORIO DENTRO DE 24 HORAS DEL ACCIDENTE******