

**DECLARACION DEL TESTIGO
PARA SER LLENADO POR EL TESTIGO**

Nombre del Empleado Lesionado _____ Fecha de la Lesión ____ / ____ / ____ Tienda No. _____

Para ser llenado tan pronto como sea posible después del accidente.

1. Nombre del testigo _____ Numero de Teléfono (_____) _____ - _____

2. Dirección _____

3. Empleado por _____ Departamento _____ Titulo _____

4. Si no es empleado, razón por la que estaba presente en ese lugar _____

5. ¿Esta relacionado con el empleado lesionado? _____ ¿Como? _____

6. ¿Cuanto hace que conoce al empleado? _____

7. Explique detalladamente lo que UD. Sabe acerca de este accidente: _____

8. ¿Presencio UD. este accidente? _____ Si no, ¿Como supo UD. de este accidente? _____

9. ¿Le informo en algún momento el empleado del accidente o de la lesión sufrida en el trabajo? _____

¿Si es si, Cuanto tiempo después del accidente tuvo esa conversación? _____

10. ¿Sabe usted, de algún otro accidente o lesión o enfermedad que este empleado haya sufrido? _____

Si es si, explique. _____

11. De los nombres y direcciones de cualquier *otra* persona que haya sabido del accidente. _____

12. Comentarios Adicionales: _____

¿Ha leído el contenido y es verdadero y correcto hasta don de usted tiene conocimiento? _____

X: _____
FIRMA DEL TESTIGO

_____/_____/_____
FECHA

X: _____
ATESTIGUA CON LA FIRMA

_____/_____/_____
FECHA

ATESTIGUADA POR (EN LETRAS DE IMPRENTA)

**Quando se llene el reporte, envíelo al propietario operador de la tienda y a
Sedgwick, Attn: Chuck Eastwood. Fax # 210-332-1590**