**Declaración del Testigo**

**(Witness Statement)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Empleado lastimado | | | |
| Nombre del testigo | | Tel. (casa) (     ) | |
| Dirección | | | |
| Ciudad | Estado | | Código postal |
| Tel (trabajo) (     ) | | | |
| Relación con el empleado lastimado | | | |
| Fecha del accidente | | Hora del accidente | |
| Otros empleados involucrados en el accidente | | | |
| Otros empleados testigos del accidente | | | |
| ¿Estaba usted en el area donde ocurrió el accidente?  Si  No | | | |
| ¿Vió usted el accidente?  Si  No | | | |
| ¿Era obvio que el empleado se lastimara?  Si  No | | | |
| ¿Estaba el empleado usando herramientas o maquinaria cuando se lastimó?  Si  No | | | |
| ¿Ha escuchado usted al empleado quejarse de alguna lastimadura similar?  Si  No | | | |
| ¿Ha escuchado usted al empleado hablar de algún otro accidente en el trabajo?  Si  No | | | |
| ¿Violó el empleado alguna regla de seguridad?  Si  No | | | |
| ¿Habia sido el empleado advertido por malos hábitos de seguridad en el trabajo?  Si  No | | | |
| Explique exactamente lo que sucedió (continue en una hoja por separado si es necesario): | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| ¿Dónde ocurrió? | | | |
| ¿Que parte del cuerpo aparentemente se lastimó? | | | |
| ¿Usted cual piensa que fué la causa del accidente? | | | |
|  | | | |
| ¿Que usted cree que hubiese podido prevenir el accidente? | | | |
|  | | | |
| Lo siguente es mi declaración de lo que yo escuché al empleado decir (continue en una hoja separado si es necesario): | | | |
|  | | | |
| Comentarios adicionales: | | | |
|  | | | |

***Esta declaración es un relato veridico y correcto de lo que yo observé y escuché.***

Firma del Testigo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha firmado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Testigo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha firmado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Es un crimen dar falsa predisposición, se proveéa con información falsa, incompleta, mal guiada o engañosa, a cualquier persona, para transacciones de Compensación al Trabajador/Worker’s Compensation con el propósito de cometer fraude. La pena incluye cárcel, multa y negación de beneficios de seguro.*