

SAMPLE: FORM TO HELP YOU DOCUMENT EYEWITNESS ACCOUNTS OF INCIDENT/ACCIDENT

Co. logo	WITNESS STATEMENT OF WORKPLACE INJURY/ILLNESS (TO SUPPLEMENT INCIDENT/ACCIDENT INVESTIGATION FORM)
-----------------	--

INSTRUCTIONS: The purpose of this form is to document a witness statement of how the incident/accident occurred. Once the site is secure/safe, interview all witnesses as soon as possible so you may obtain the most accurate information. For multiple witnesses, document each witness statement on a separate form.

Please do the following:

- At the scene or in a quiet office/space, interview witness alone and away from others
- Put witness at ease – Let them know we investigate to improve safety, not to “get people in trouble”
- If easier, ask someone else to take notes and/or record (with witness permission) while you ask questions
- Use blank sheets of paper for witness to sketch and/or provide additional information, if needed
- Listen and do not intimidate, interrupt, prompt or show emotion when addressing any witness
- Once completed, attach all information to the “Incident/Accident Investigation Form” and return to ___ right away

Date of injury: _____ Time of injury: _____ Date / time this statement taken: _____

WHO was injured (full name / job title): _____

Witness’ Name (full name / job title): _____

Witness’ Address:

Witness’ Cell Phone #:

WHAT were you doing at the time of the incident/accident:

WHAT was the employee involved in the incident/accident (or injury) doing at the time of the occurrence:

Did you see the incident/accident? ☐ YES ☐ NO

WHAT did you see:

Signature: _____ Date: _____

Name and title of interviewer: _____

Co. Logo	DECLARACIÓN DE TESTIGO DE LESIÓN/ENFERMEDAD DEL TRABAJO (PARA COMPLEMENTAR EL FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES/ACCIDENTES)
-----------------	---

INSTRUCCIONES: El propósito de este formulario es documentar la declaración del testigo de cómo ocurrió el incidente/accidente. Una vez que el sitio esté asegurado, entreviste a todos los testigos tan pronto como sea posible para que pueda obtener la información más precisa. Para varios testigos, documente cada declaración en un formulario separado.

Por favor haga lo siguiente:

- En el lugar del incidente/accidente o en una oficina/espacio tranquilo, entreviste al testigo solo y aparte de los demás
- Ponga al testigo cómodo – Hágle saber que investigamos para mejorar la seguridad, no para "meter a la gente en problemas"
- Si es más fácil, pida a otra persona que tome notas y/o grabe (con permiso del testigo) mientras usted hace las preguntas
- Utilice hojas de papel en blanco para que el testigo pueda esbozar y/o proporcionar información adicional, si es necesario
- Escuchar y no intimidar, interrumpir, incitar ni mostrar emoción al dirigirse a cualquier testigo
- Ya que complete este formulario, adjunte toda la información al "Formulario de Investigación de Incidentes/Accidentes" y devuelva a _____ de inmediato

Fecha de lesión: _____ Hora de lesión: _____ Fecha/hora en que se tomó esta declaración : _____

QUIÉN resultó herido (nombre completo / título del trabajo): _____

Nombre del Testigo (nombre completo / título del trabajo): _____

Dirección del Testigo:

Número de Teléfono Celular del Testigo:

QUÉ estaba haciendo usted en el momento del incidente/accidente:

QUÉ estaba haciendo el empleado involucrado en el incidente/accidente (o lesión) en el momento del ocurrido:

¿Vio usted el incidente/accidente? ☐ SÍ ☐ NO

QUÉ vio usted:

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre y título de trabajo del investigador: _____