

Declaración del Testigo de la Lesión o Incidente

Gerente: Infórmenos sobre la lesión o el incidente de inmediato llamando a Omaha National al 844-761-8400, incluso si algunos espacios en este formulario están en blanco.

Información del Testigo

Nombre _____	Identificación del Empleado _____
Numero Telefónico _____	Nombre de la Compañía _____
Dirección _____	Ciudad, Estado y Código Postal _____
Otros Testigos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Nombre _____	Numero Telefónico _____
Nombre _____	Numero Telefónico _____
Nombre _____	Numero Telefónico _____

Incidente

Fecha del Incidente _____	Hora del Incidente _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Nombre del Trabajador Lesionado _____	Hora en que fue Reportado _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Ubicación del Incidente _____	
¿Usted observó el incidente que involucra al empleado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si no es así, ¿Cómo se enteró usted del incidente?	
Si es así, ¿que vio usted? (Use papel adicional o escriba en el reverso si necesita más espacio)	
Tipo de lesión y partes del cuerpo afectadas:	
¿Qué se puede hacer para evitar que un incidente como este vuelva a suceder?	

Completado por _____

Fecha _____

Firma _____

Título _____