



## DECLARACIÓN DE UN TESTIGO

**COMPLETE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO**

Nombre del cliente de STAR HR que emplea al trabajador lesionado

Nombre del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha de este informe: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Empleador del testigo: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del testigo: \_\_\_\_\_

Nombre del trabajador lesionado: \_\_\_\_\_ Empleador del trabajador lesionado: \_\_\_\_\_

Fecha del incidente: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora del incidente: \_\_\_\_\_

Cliente donde ocurrió el incidente (solo para empresas de personal): \_\_\_\_\_

Dirección donde ocurrió el incidente: \_\_\_\_\_

¿Es pariente del trabajador lesionado? (circule uno) NO / SÍ Si la respuesta es "SÍ", indique su relación: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo hace que conoce al trabajador lesionado? \_\_\_\_\_

¿Viste realmente el incidente? \_\_\_\_\_

Explique, en detalle, lo que vio o sabe sobre este incidente: \_\_\_\_\_

Enumere los nombres de cualquier otra persona que pueda tener información sobre este incidente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra información que sepa que pueda ayudar a proporcionar una evaluación justa de este incidente?

\_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Al firmar este formulario, reconoce que comprende que cualquier persona que, a sabiendas, envíe información falsa o fraudulenta la información es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y / o confinamiento en una prisión estatal.

**\*\*\*\*DEBIDO DENTRO DE LAS 24 HORAS DEL ACCIDENTE\*\*\*\***