

## DECLARACIÓN DEL TESTIGO

Nombre del testigo		Puesto de trabajo	
Nombre del departamento		Supervisor	
Nombre de la víctima	Fecha de la lesión, enfermedad, o exposición	Hora de la lesión, enfermedad, o exposición	
¿Cómo conoce usted a la víctima?			

Tipo de lesión, enfermedad o accidente y todas las partes del cuerpo afectadas (cortada, torcedura, fractura, irritación, etc. en el dedo índice derecho, espalda baja, muñeca izquierda, etc.)

Equipo, materiales y/o productos químicos que utilizaba la víctima cuando se produjo la lesión, enfermedad o suceso.

Actividad específica que realizaba la víctima cuando se produjo la lesión, enfermedad o suceso.

¿Estaba(n) la(s) víctima(s) desempeñando sus tareas habituales en el momento en que se produjo la lesión, enfermedad o suceso? (Si su respuesta fue “No”, explique)

Describa con sus propias palabras todo lo que haya visto relacionado con la lesión, enfermedad o suceso. (Describa detalladamente los hechos que provocaron la lesión, enfermedad o suceso. Utilice páginas adicionales si es necesario)

Describa con sus propias palabras todo lo que haya oído relacionado con la lesión, enfermedad o suceso. (Describa detalladamente los hechos que provocaron la lesión, enfermedad o suceso. Utilice páginas adicionales si es necesario)

¿Hay algo que sepa que le haga pensar que esta lesión o enfermedad no se produjo en el trabajo?

Certifico que esta es una declaración exacta, con mis propias palabras, de los hechos que vi y/o escuché acerca de la lesión, enfermedad o accidente de mi compañero de trabajo y de los acontecimientos que condujeron a dicho resultado.

Firma	Fecha
Domicilio particular	Número telefónico

Una vez llenado, devuelva este formulario al supervisor de la víctima.