

**COMPANY NAME**  
**SUPERVISOR REPORT OF INJURY**  
(To be filled out by Foreman)

Name of injured employee \_\_\_\_\_

Date of Injury \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_ Dept. of Injury \_\_\_\_\_

1. Describe the injury. \_\_\_\_\_

2. What was employee doing when the accident occurred? \_\_\_\_\_

3. Was injured employee working in his/her regular line of work? \_\_\_\_\_

4. Had the employee been instructed in this job? \_\_\_\_\_

By whom? \_\_\_\_\_

5. Were the hazards of this job pointed out to him/her? \_\_\_\_\_

6. Did anyone witness the accident? \_\_\_\_\_ If yes, who? \_\_\_\_\_

7. How did the accident happen? \_\_\_\_\_

8. Did another employee cause the accident? \_\_\_\_\_ If yes, who? \_\_\_\_\_

and what, if any, action was taken toward this employee? \_\_\_\_\_

9. Was any machine, tool, substance or object involved in the accident? \_\_\_\_\_ If yes, explain;

10. Was any deficiency of this machine, tool or object ever reported to you? \_\_\_\_\_ If yes,

explain \_\_\_\_\_

11. Was injured employee wearing the proper personal protective equipment needed for the job? \_\_\_\_\_

12. Could the employee have prevented the accident? \_\_\_\_\_

13. Did you discuss the injury with the injured employee and instruct him/her how to prevent a recurrence of the accident? \_\_\_\_\_

14. What instruction(s) did you give the employee? \_\_\_\_\_

15. Was anyone given a "Safety Warning" because of this accident? \_\_\_\_\_ If yes, explain who

and why \_\_\_\_\_

16. Did the employee leave work? \_\_\_\_\_ If yes, explain why \_\_\_\_\_

17. Name of Doctor: \_\_\_\_\_

18. Name of Hospital: \_\_\_\_\_

Signature of Foreman

Date

**COMPANY NAME**  
**REPORTE DE ACCIDENTE DEL SUPERVISOR**  
(Lo debe llenar el supervisor)

Nombre del empleado lesionado \_\_\_\_\_

Fecha de la lesión \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Dpto. del lesionado \_\_\_\_\_

1. Describa la lesión. \_\_\_\_\_

2. Que hacía el empleado cuando ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Trabajaba el empleado en su línea normal de trabajo? \_\_\_\_\_

4. Se la había instruido al empleado a hacer este trabajo? \_\_\_\_\_

Por quien? \_\_\_\_\_

5. Se le señalaron a el/ella los peligros de este trabajo? \_\_\_\_\_

6. Vió alguien el accidente? \_\_\_\_\_ Si "sí", quién? \_\_\_\_\_

7. Cómo sucedió el accidente? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Ocasionó otro empleado el accidente? \_\_\_\_\_ Si "sí", quién \_\_\_\_\_

y que acción se tomó con respecto a este empleado \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Estuvo alguna máquina, herramienta, substancia u objeto conectado con el accidente? \_\_\_\_\_

Si "sí", explique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Se había reportado a Ud. algún defecto en esta máquina, herramienta u objeto? \_\_\_\_\_

11. Si "sí", explique \_\_\_\_\_

12. Estaba el empleado lesionado usando el equipo protector propio para este trabajo? \_\_\_\_\_

13. Pudo el empleado haber prevenido este accidente? \_\_\_\_\_

14. Discutió Ud. la lesión con el empleado lesionado y le dió instrucciones acerca de cómo prevenir la repetición del accidente? \_\_\_\_\_

15. Que instrucciones le dió Ud. al empleado? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

16. Se le dio alguien una "advertencia de seguridad" debido a este accidente? \_\_\_\_\_ Si "sí",

explique quién y porqué \_\_\_\_\_

17. Abandonó el empleado al trabajo? \_\_\_\_\_ Si "sí" explique porqué \_\_\_\_\_

18. Nombre del doctor: \_\_\_\_\_

19. Nombre del Hospital o clínica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del supervisor

\_\_\_\_\_  
Fecha