

**Employee Daily Occupational Safety Log for Accidents & Injuries**

Today's Date is: \_\_\_\_\_ Foreman/Supervisor in Charge: \_\_\_\_\_

Location of the Worksite: \_\_\_\_\_ Job #: \_\_\_\_\_

**NO FOREMAN OR SUPERVISOR MAY DISCOURAGE ANY EMPLOYEE FROM PROMPTLY REPORTING AN ACCIDENT, INJURY OR ILLNESS**

By signing my name below, I am stating to the best of my knowledge, **I did not have or witness an accident, or sustain an injury at work today.**

My employer and I recognize injuries can occur that I may not notice immediately. If I suffer any injury, I will report it to my employer as soon as reasonably possible when I become aware of it. When signing this form I understand I will not be disciplined for reporting an accident or injury, or if I make an injury or illness claim at a later time. However, I understand that if I do not promptly report an injury to my employer, I will be required to explain why I did not follow our company Prompt Reporting Policy

I understand that if I am unsure of whether I was injured, I should notify the supervisor in charge and discuss the situation to determine what actions should take place. I understand the company seeks notice of all injuries, even those that may appear minor.

**NO ACCIDENT / NOT INJURED TODAY**

1.	16.
2.	17.
3.	18.
4.	19.
5.	20.
6.	21.
7.	22.
8.	23.
9.	24.
10.	25.
11.	26.
12.	27.
13.	28.
14.	29.
15.	30.

By signing my name below, I am stating **I was either injured on the job or I witnessed an accident today.** If you were injured today or you witnessed an accident, but were not injured, you must complete the "Employee's Accident Report" and complete the accident investigation before you leave the job site today.

**REPORT ANY ACCIDENT or INJURY NOW to the Foreman or Supervisor in Charge.**

**I WAS INJURED or INVOLVED IN AN ACCIDENT**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**I WITNESSED an ACCIDENT or INJURY TODAY**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**EMPLOYEES WILL NOT BE DISCIPLINED FOR REPORTING INJURIES OR ILLNESSES.  
EMPLOYEES WILL NOT BE DISCIPLINED WHEN THEY HAVE MADE GOOD FAITH EFFORTS TO COMPLY WITH THE ACCIDENT REPORTING POLICY.**

# Registro Diario de Seguridad Ocupacional del Empleado Para Accidentes y Lesiones

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_ Foreman/Supervisor a Cargo: \_\_\_\_\_

Ubicacion del Sitio de Trabajo \_\_\_\_\_ Numer de Trabajo \_\_\_\_\_

## NINGUN FOREMAN O SUPERVISOR PUEDE DESALENTAR A CUALQUIER EMPLEADO DE INFORMAR INMEDIATAMENTE UN ACCIDENTE, LESIÓN O ENFERMEDAD

Al firmar mi nombre a continuación, afirmo, según mi leal saber y entender, que **no tuve ni presencié un accidente ni sufrí una lesión en el trabajo hoy.**

Mi empleador y yo reconocemos que pueden ocurrir lesiones que quizás no note de inmediato. Si sufro alguna lesión, se lo informaré a mi empleador tan pronto como sea razonablemente posible cuando tenga conocimiento de ello. Al firmar este formulario, entiendo que no se me disciplinará por informar un accidente o lesión, o si hago un reclamo por lesión o enfermedad en otro momento. Sin embargo, entiendo que si no informo de inmediato sobre una lesión a mi empleador, se me pedirá que explique por qué no cumplí con nuestra póliza de informes instantáneos de la compañía.

Entiendo que si no estoy seguro de si me lesioné, debo notificar al supervisor a cargo y analizar la situación para determinar qué acciones deben llevarse a cabo. Entiendo que la compañía busca notificación de todas las lesiones, incluso aquellas que pueden parecer

### SIN ACCIDENTE / NO LESIONADO HOY

1.	8.
2.	9.
3.	10.
4.	11.
5.	12.
6.	13.
7.	14.

Al firmar mi nombre a continuación, **declaro que me lesioné en el trabajo o que fui testigo de un accidente hoy.** Si se lesionó hoy o fue testigo de un accidente, pero no resultó herido, debe completar el "Informe de accidente del empleado" y completar la investigación del accidente antes de que abandone el lugar de trabajo hoy.

### REPORTE CUALQUIER ACCIDENTE o LESIÓN AHORA al Foreman o Supervisor a Cargo.

#### FUI LESIONADO O IMPLICADO EN UN ACCIDENTE

1.
2.
3.
4.
5.

#### FUI TESTIGO DE UN ACCIDENTE O LESIÓN HOY

1.
2.
3.
4.
5.