

Pecos-Barstow-Toyah Independent School District WITNESS REPORT / REPORTE DEL TESTIGO

Witness Name / Nombre del Testigo: _____

Position / Ocupacion: _____

Injured Employee Name / Nombre del Lesionado: _____

Date of Injury / Fecha del Incidente: _____ Time / Hora: _____ am (

DESCRIPTION OF INCIDENT / DESCRIPCION DEL INCIDENTE:

Did you actually see the incident occur? / Vio usted cuando ocurrio el incidente? () YES () NO

Where did the incident occur? / Donde ocurrio el incidente? _____

DESCRIPTION OF INJURY / DESCRIPCION DE LA LESION:

What part of the body was injured? / Que parte del cuerpo fue lesionada? _____

Describe / Describa: _____

Comments / Comentarios: _____

I hereby certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge / Certifico la informacion dada arriba es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

WITNESS SIGNATURE / FIRMA DEL TESTIGO

DATE / FECHA