



INCIDENT CONCLUSION STATEMENT

ENGLISH

Employee Name:

Date of Incident:

Badge Number:

Department:

Position:

Supervisor:

Reason for initial evaluation:

I am satisfied with the evaluation and treatment that was provided to me. I am now 100% pain free and 100% symptom free to all affected body parts. I do not want to require any further follow up evaluations or first aid treatment. I understand that if I experience any further symptoms or discomfort that could be related to this incident, I must immediately contact my supervisor and a member of safety.

Employee Signature:

Date:

Witness/Safety Signature:

SPANISH

Nombre de Empleado:

Fecha del Incidente:

de Placa:

Departamento:

Posicion:

Supervisor:

Motivo de la Evaluacion Inicial:

Estoy satisfecho con la evaluacion y el tratamiento que me brindaron. Ahora estoy 100% sin dolor y 100% sin sintomas a todas las partes de mi cuerpo que fueron afectadas. No quiero y no requiero mas evaluaciones de seguimiento o tratamiento de primeros auxilios. Entiendo que si presento otros sintomas o molestias que podrian estar relacionadas con este incidente, debo reportarlos tan pronto como ocurran a mi supervisor y a un miembro del equipo de seguridad.

Firma del Empleado:

Fecha:

Witness/Safety Signature: