

# OSHA Recordkeeping Forms Package

Forms 300, 300A, 301  
English and Spanish

---

## Guy's Construction

123 Main Street, Anytown, TX 75001, Texas

Calendar Year: 2026

Contents: Form 300, Form 300A, Form 301 (EN + ES)

# OSHA Form 300: Log of Work-Related Injuries and Illnesses

Establishment name <b>Guy's Construction</b>	City	State <b>Texas</b>	Year <b>2026</b>
---	------	-----------------------	---------------------

Identify the person			Describe the case			Classify the case				Enter number of days		Select one column - Illness					
Using these four categories, CHECK ONLY the most serious result for each case:																	
(A) Case no.	(B) Employee's name	(C) Job title (e.g., Welder)	(D) Date of injury or onset of illness (mo./day)	(E) Where the event occurred (e.g., Loading dock north end)	(F) Describe injury or illness, parts of body affected, and object/substance that directly injured or made person ill (e.g., Second degree burns on right forearm from acetylene torch)	(G) Death	(H) Days away from work	(I) Job transfer or restriction	(J) Other recordable cases	(K) Away from work (days)	(L) On job transfer or restriction (days)	(1) Injury	(2) Skin disorder	(3) Respiratory condition	(4) Poisoning	(5) Hearing loss	(6) All other illnesses
1						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
2						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
3						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
4						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
5						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
6						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
7						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
8						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
9						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
10						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
<b>Page totals</b>																	

**Be sure to transfer these totals to the Summary page (Form 300A) before you post it.**

*Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 14 minutes per response, including time to review the instruction, search and gather the data needed, and complete and review the collection of information.*

Monday Safety - Sample Document

# OSHA Form 300A: Summary of Work-Related Injuries and Illnesses

Year: 2026

Post this Summary page from February 1 to April 30 of the year following the year covered by the form.

Number of Cases	
(G) Total number of deaths	
(H) Total number of cases with days away from work	
(I) Total number of cases with job transfer or restriction	
(J) Total number of other recordable cases	
Number of Days	
(K) Total number of days away from work	
(L) Total number of days of job transfer or restriction	
(M) Injury and Illness Types	
<i>Total number of...</i>	
(1) Injuries	
(2) Skin disorders	
(3) Respiratory conditions	
(4) Poisonings	
(5) Hearing loss	
(6) All other illnesses	

Establishment information		
Establishment name <b>Guy's Construction</b>		
Street <b>123 Main Street, Anytown, TX 75001</b>		
City	State <b>Texas</b>	ZIP
Industry description (e.g., manufacture of motor truck trailers)		
Standard Industrial Classification (NAICS), if known (e.g., 336212)		
Employment information		
Annual average number of employees	Total hours worked by all employees last year	
Sign here		
<b>Knowingly falsifying this document may result in a fine.</b>		
I certify that I have examined this document and that to the best of my knowledge the entries are true, accurate, and complete.		
Company executive <b>Guy Foreman</b>	Title	
Phone <b>(555) 123-4567</b>	Date	

Monday Safety — Sample Document

# OSHA Form 301: Injury and Illness Incident Report

**Attention:** This form contains information relating to employee health and must be used in a manner that protects the confidentiality of employees to the extent possible while the information is being used for occupational safety and health purposes.

Information about the employee	Information about the physician or other health care professional	Information about the case
1. Full name	6. Name of physician or other health care professional	10. Case number from the Log (Transfer the case number from the Log after you record the case.)
2. Street / City / State / ZIP	7. If treatment was given away from the worksite, where was it given? Facility / Street / City / State / ZIP	11. Date of injury or illness
3. Date of birth	8. Was employee treated in an emergency room? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	12. Time employee began work _____ AM PM
4. Date hired	9. Was employee hospitalized overnight as an in-patient? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	13. Time of event ( ) Check if time cannot be determined
5. Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		14. What was the employee doing just before the incident occurred? Describe the activity, as well as the tools, equipment, or material the employee was using. Be specific. Examples: "climbing a ladder while carrying roofing materials"; "spraying chlorine from hand sprayer"; "daily computer key-entry."
		15. What happened? Tell us how the injury occurred. Examples: "When ladder slipped on wet floor, worker fell 20 feet"; "Worker was sprayed with chlorine when gasket broke during replacement"; "Worker developed soreness in wrist over time."
		16. What was the injury or illness? Tell us the part of the body that was affected and how it was affected; be more specific than "hurt," "pain," or "sore." Examples: "strained back"; "chemical burn, hand"; "carpal tunnel syndrome."
		17. What object or substance directly harmed the employee? Examples: "concrete floor"; "chlorine"; "radial arm saw." If this question does not apply to the incident, leave it blank.
		18. If the employee died, when did death occur? Date of death

Do NOT include personally identifying information (e.g., SSN, address) in fields 14-17.

## Completed by

Name	Title	Phone	Date
Guy Foreman		(555) 123-4567	

Within 7 calendar days after you receive information that a recordable work-related injury or illness has occurred, you must fill out this form or an equivalent. Some state workers' compensation, insurance, or other reports may be acceptable substitutes. To be considered an equivalent form, any substitute must contain all the information asked for on this form.

According to Public Law 91-596 and 29 CFR 1904, OSHA's recordkeeping rule, you must keep this form on file for 5 years following the year to which it pertains.

# Formulario OSHA-300: Registro de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales

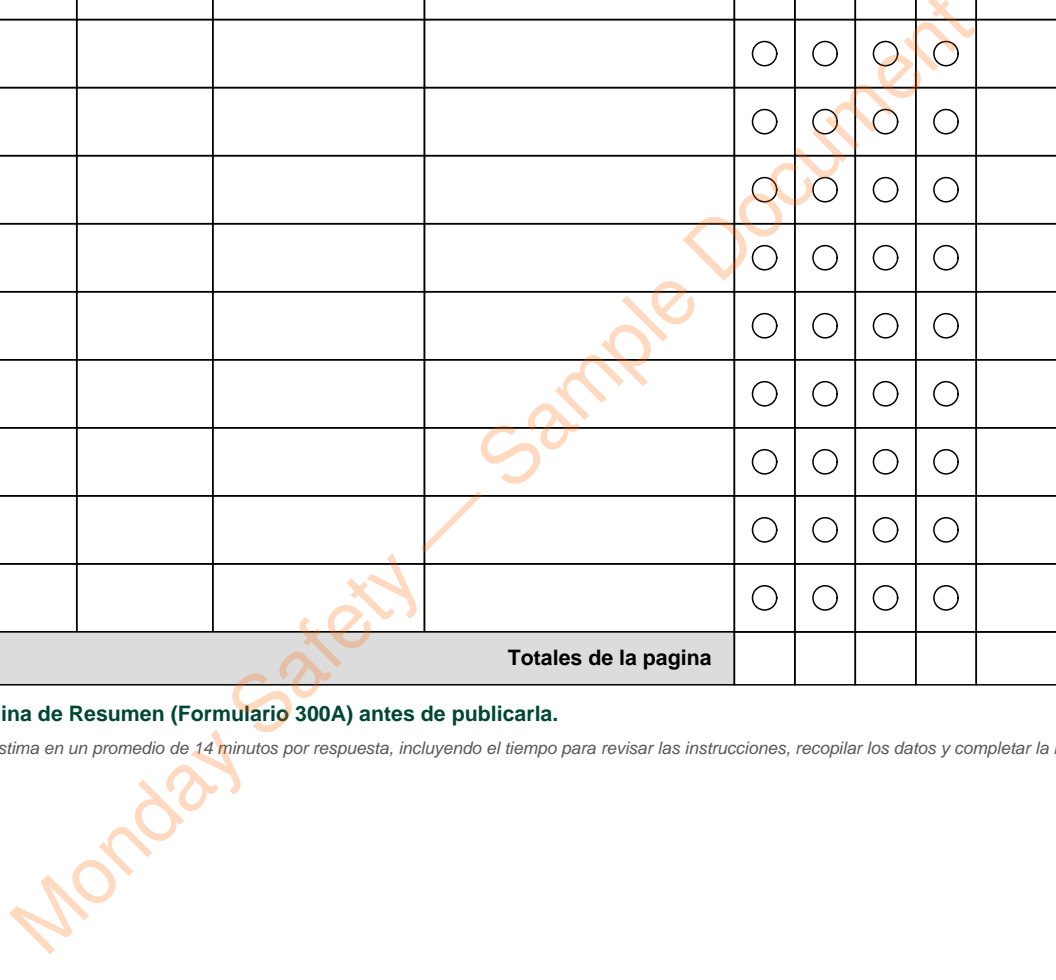
Nombre del establecimiento <b>Guy's Construction</b>	Ciudad	Estado <b>Texas</b>	Año <b>2026</b>
---	--------	------------------------	--------------------

Numero de Poliza CFSE:

Identifique a la persona			Describa el caso			Clasifique el caso				Indique numero de días		Elija una columna - Enfermedad					
Marque <b>SCLO</b> el resultado mas serio de cada caso:																	
(A) Caso N.	(B) Nombre del empleado	(C) Puesto (p. ej., Soldador)	(D) Fecha de la lesion o aparicion de la enfermedad (mes/dia)	(E) Lugar donde ocurrio el evento (p. ej., Muelle de carga lado norte)	(F) Describa la lesion o enfermedad, partes del cuerpo afectadas y el objeto/sustancia que directamente lesiono o enfermo a la persona (p. ej., Quemaduras de segundo grado en el antebrazo derecho por un soplete de acetileno)	(G) Muerte	(H) Dias fuera del trabajo	(I) Transferencia de trabajo o restriccion	(J) Otros casos registrables	(K) Fuera del trabajo (días)	(L) En transferencia o restriccion (días)	(1) Lesion	(2) Trastorno de la piel	(3) Condicion respiratoria	(4) Envenenamiento	(5) Perdida auditiva	(6) Todas las demas enfermedades
1						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
2						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
3						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
4						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
5						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
6						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
7						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
8						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
9						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
10						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
<b>Totales de la pagina</b>																	

**Asegurese de transferir estos totales a la pagina de Resumen (Formulario 300A) antes de publicarla.**

*La carga de informacion publica para esta recopilacion se estima en un promedio de 14 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, recopilar los datos y completar la informacion.*



# Formulario OSHA-300A: Resumen de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales

Ano: 2026

Publique esta pagina de Resumen del 1 de febrero al 30 de abril del ano siguiente al ano cubierto por el formulario.

Numero de Casos	
(G) Numero total de muertes	
(H) Numero total de casos con dias fuera del trabajo	
(I) Numero total de casos con transferencia de trabajo o restriccion	
(J) Numero total de otros casos registrables	
Numero de Dias	
(K) Numero total de dias fuera del trabajo	
(L) Numero total de dias de transferencia de trabajo o restriccion	
(M) Tipos de Lesiones y Enfermedades	
<i>Numero total de...</i>	
(1) Lesiones	
(2) Trastornos de la piel	
(3) Condiciones respiratorias	
(4) Envenenamientos	
(5) Perdida auditiva	
(6) Todas las demas enfermedades	

Informacion del establecimiento		
Nombre del establecimiento <b>Guy's Construction</b>		
Calle <b>123 Main Street, Anytown, TX 75001</b>		
Ciudad	Estado <b>Texas</b>	Codigo postal
Descripcion de la industria (p. ej., fabricacion de remolques de camion)		
Clasificacion Industrial Estandar (NAICS), si se conoce (p. ej., 336212)		
Informacion de empleo		
Numero promedio anual de empleados	Total de horas trabajadas por todos los empleados el ano pasado	
Firme aqui		
<b>Falsificar a sabiendas este documento puede dar lugar a una multa.</b>		
Certifico que he examinado este documento y que, segun mi leal saber y entender, las entradas son verdaderas, precisas y completas.		
Ejecutivo de la empresa <b>Guy Foreman</b>	Titulo	
Telefono <b>(555) 123-4567</b>	Fecha	

Monday Safety — Sample Document

# Formulario OSHA-301: Informe de Incidente de Lesion y Enfermedad

**Atencion:** Este formulario contiene informacion relacionada con la salud del empleado y debe usarse de manera que proteja la confidencialidad de los empleados en la medida de lo posible mientras la informacion se utiliza con fines de seguridad y salud ocupacional.

Informacion sobre el empleado	Informacion sobre el medico u otro profesional de la salud	Informacion sobre el caso
1. Nombre completo	6. Nombre del medico u otro profesional de la salud	10. Numero de caso del Registro (Transfiera el numero de caso del Registro despues de registrar el caso.)
2. Calle / Ciudad / Estado / Codigo postal	7. Si el tratamiento se realizo fuera del lugar de trabajo, donde se brindo? Instalacion / Calle / Ciudad / Estado / Codigo postal	11. Fecha de la lesion o enfermedad
3. Fecha de nacimiento	8. Fue el empleado tratado en una sala de emergencias? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	12. Hora en que el empleado comenzo a trabajar _____ AM PM
4. Fecha de contratacion	9. Fue el empleado hospitalizado durante la noche como paciente internado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	13. Hora del evento ( ) Marque si no se puede determinar la hora
5. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		14. Que estaba haciendo el empleado justo antes de que ocurriera el incidente? Describa la actividad, asi como las herramientas, equipos o material que el empleado estaba usando. Sea especifico. Ejemplos: "subiendo una escalera mientras cargaba materiales para techos"; "pulverizando cloro con un atomizador manual".
		15. Que sucedio? Diganos como ocurrio la lesion. Ejemplos: "Cuando la escalera resbalo en el suelo mojado, el trabajador cayo 20 pies"; "El trabajador fue rociado con cloro cuando una junta se rompio durante el reemplazo".
		16. Cual fue la lesion o enfermedad? Diganos la parte del cuerpo que fue afectada y como; sea mas especifico que "herido", "dolor" o "adolorido". Ejemplos: "esguince de espalda"; "quemadura quimica en la mano"; "síndrome del tunel carpiano".
		17. Que objeto o sustancia daro directamente al empleado? Ejemplos: "piso de concreto"; "cloro"; "sierra de brazo radial". Si esta pregunta no se aplica al incidente, dejela en blanco.
		18. Si el empleado murio, cuando ocurrio la muerte? Fecha del fallecimiento

NO incluya informacion de identificacion personal (p. ej., SSN, direccion) en los campos 14-17.

## Completado por

Nombre	Titulo	Telefono	Fecha
Guy Foreman		(555) 123-4567	

Dentro de los 7 dias calendario despues de recibir informacion sobre una lesion o enfermedad ocupacional registrable, debe completar este formulario o uno equivalente. Algunos informes estatales de compensacion al trabajador, seguros u otros pueden ser sustitutos aceptables. Para ser considerado un formulario equivalente, cualquier sustituto debe contener toda la informacion solicitada en este formulario.

De acuerdo con la Ley Publica 91-596 y 29 CFR 1904, la norma de mantenimiento de registros de OSHA, debe mantener este formulario archivado durante 5 anos despues del ano al que pertenece.