

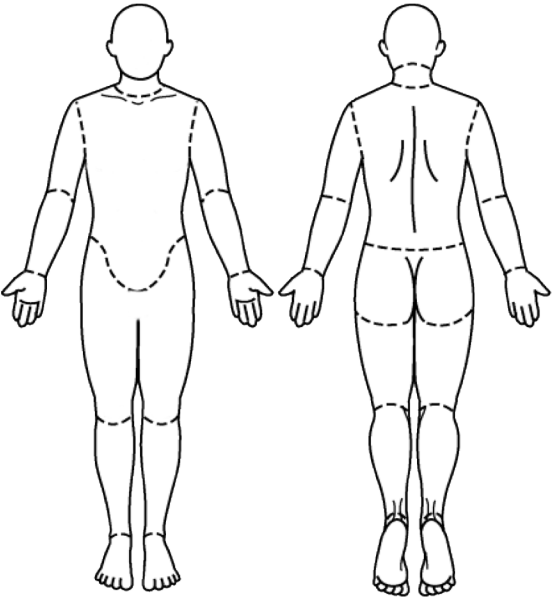
Por favor complete este formulario lo mas pronto posible después de un incidente que resulte en lesión grave o enfermedad se produce.

Opcional: Utilícese para investigar una lesión menor o una lesion leve que podría haber dado lugar a una lesión o enfermedad grave.

Este es un informe de: Muerte Tiempo Perdido Visita al Dr. Primeros Auxilios Lesión Leve

Fecha del incidente: _____

Paso 1: Llene esta parte por cada Empleado Lesionado

Nombre del Empleado Lesionado: _____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina	Edad: _____
Departamento: _____		Profesión en el momento del incidente: _____	
Parte del cuerpo afectada: (cubra la parte) 	Tipo de lesión: (la más grave) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Raspaduras <input type="checkbox"/> Amputación <input type="checkbox"/> Hueso roto <input type="checkbox"/> Contusión <input type="checkbox"/> Quemadura (fuego) <input type="checkbox"/> Quemadura (quimico) <input type="checkbox"/> Contusión cerebral (en la cabeza) <input type="checkbox"/> Lesión por derrumbe <input type="checkbox"/> Corte, laceración, puntura <input type="checkbox"/> Hernia <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Esguince, rotura <input type="checkbox"/> Daño a un sistema del cuerpo: (por ejemplo, nerviosos, respiratorios o sistema circulatorio) <input type="checkbox"/> Otro: 	Este empleado trabaja: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Temporal Meses con este empleador: _____ Meses haciendo este trabajo: _____	

Paso 2: Describir el Incidente

Dirección del lugar donde ocurrió el incidente:		Código Postal: _____	
Ciudad: _____	Estado: _____	Tiempo Exacto: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
La ubicación exacta del accidente (e.j. cuarto de trabajo, es decir, sala específica): _____			
¿Qué parte de la jornada laboral del empleado? <input type="checkbox"/> Entrando o saliendo del trabajo <input type="checkbox"/> Haciendo actividades normales de trabajo <input type="checkbox"/> Durante el período de comida <input type="checkbox"/> Durante las vacaciones <input type="checkbox"/> las horas extraordinarias de trabajo <input type="checkbox"/> Otro			
Nombre del Testigo (si lo hubiera): _____			

Número de archivos adjuntos: Declaraciones escritas de los testigos: Fotografías: Mapas/Planos:

¿Qué equipo de protección personal se estaba utilizando (si los hay)?

Describir, paso a paso los acontecimientos que condujeron a la lesión: (Incluya los nombres de las maquinas, piezas, objetos, herramientas, materiales y otros detalles importantes)

Descripción continúa en hojas adjuntas

Paso 3: ¿Por qué ocurrió el incidente?

Condiciones inseguras en el trabajo:
(Marque todas las que apliquen)

- Protección inadecuada
- Peligro sin vigilancia
- Equipo de seguridad defectuoso
- Herramientas o equipos defectuosos
- Lugar de trabajo es peligroso
- Iluminación mala
- Ventilación mala
- Falta de equipo de protección personal
- Falta de equipo/herramientas apropiadas
- Ropa inadecuada
- No hay entrenamiento o insuficiente capacitación
- Otro:

Actos peligrosos del personal:
(Marque todas las que aplican)

- Operar sin permiso
- Funcionamiento a velocidad peligroso
- Reparar equipo con electricidad
- Haciendo que un equipo de seguridad que no funcione
- El uso de un equipo defectuoso
- El uso de un equipo de una manera no autorizada
- Levantamiento peligroso con la mano
- Tomando una mala postura
- Distracción, burlas, bromas pesadas
- No usar el equipo de protección
- Falta de utilizar los equipos/herramientas disponibles
- Otro:

¿Por qué existen las condiciones peligrosas?

¿Por qué se producen los actos peligrosas?

¿Hay una motivo (como “el trabajo se puede hacer más rápido” o “el producto es menos probable que sufran daños”) por el cual a llegado a las condiciones inseguras o actos peligrosos? Si No

En caso afirmativo, describa:

¿Los actos o las condiciones peligrosos fueron informadas antes del incidente? Si No

¿Ha habido accidentes similares antes que este suceda? Si No

Paso 4: ¿Cómo se pueden prevenir accidentes en el futuro?

Que cambiaría:

- Parar esta actividad
 Proteger las cosas peligrosas
 Capacitar al empleado(s)
 Capacitar al supervisor(s)
 Rediseñar la capacitación
 Rediseño la estación de trabajo
 Escribir una nueva regla/norma
 Hacer cumplir las reglas existentes
 Inspeccionar la seguridad implementada
 Equipo de protección personal
 Otro: _____

¿Cuál debería ser (o se a) hecho para llevar a cabo la sugerencia (s) marcada arriba?

Descripción continúa en hojas adjuntas

Paso 5: ¿Quién ha completado y revisado este formulario? (Letra de imprenta)

Escrito por:

Cargo:

Departamento o area:

Fecha:

Los nombres de los miembros del equipo de investigación:

Descripción continúa en hojas adjuntas

Revisado por:

Cargo:

Fecha: