

Informe de Investigación del Accidente Laboral

1. Información del empleado

Nombre: _____
Puesto de trabajo: _____
Fecha del accidente: ____/____/____

2. Hora del accidente

_____ de la mañana
_____ de la tarde

3. ¿El accidente sucedió durante el horario normal del empleado?

Sí No Horas extra

4. Día de la semana

lunes viernes
martes sábado
miércoles domingo
jueves

5. Lugar del accidente

Por favor explique dónde sucedió el accidente:

6. ¿El accidente sucedió en el sitio de trabajo?

Sí ____ No ____

7. Acción tomada por la compañía

Primeros auxilios en el sitio
Tratamiento médico
Día de trabajo perdido

8. Explique cómo sucedió el accidente (sea específico)

9. Parte del cuerpo lesionada

Cabeza	Pecho
Ojo	Pulmones
Oreja	Abdomen
Cuello	Ingle
Hombro	Caderas
Brazo	Rodilla
Codo	Pierna
Muñeca	Tobillo
Mano	Pie
Dedo	Dedo del pie
Espalda	Otra

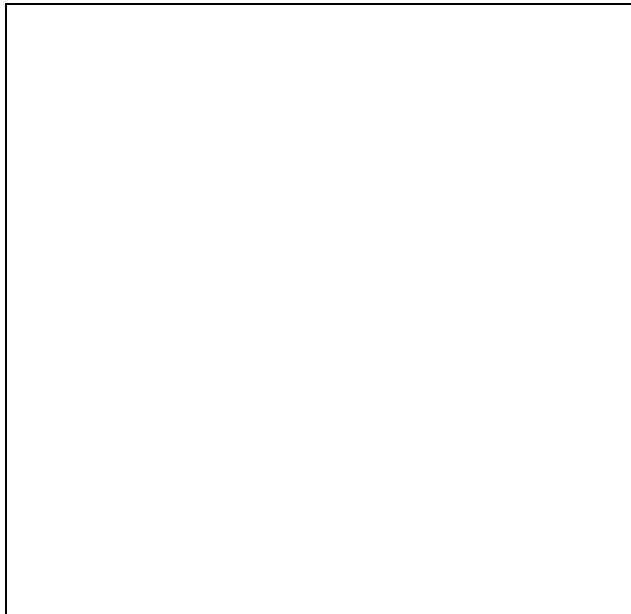
10. Tipo de accidente

Esfuerzo excesivo
Caída (nivel diferente)
Caída (mismo nivel)
Golpeado contra
Agarrado entre
Golpeado por
Vehículo
Eléctrico
Temperatura extrema
Movimiento repetitivo
Radiación
Absorción
Resbalón (sin caer) torcedura
Otro: _____

11. ¿El empleado mencionó algunos de los siguientes problemas?

Esguince de la espalda
Esguince o torcedura
Dislocación
Fractura
Contusión
Amputación
Herida abierta
Quemadura
Asfixia
Pérdida de la audición
Cuerpo extraño
Lesiones múltiples
Trauma acumulada
Otro: _____

12. Después de imprimir este informe, use el área abajo para ilustrar el incidente. (si procede)



13. El Equipo Protector Personal (PPE, por sus siglas en inglés) usado al momento de la lesión.



14. Apunte cualquier recomendación o información adicional.



Empleado: _____
(Firma)

Fecha: ___/___/___

Completado por: _____
(Firma)

Puesto de trabajo: _____

Fecha: ___/___/___

