

# REPORTE DE ACCIDENTE/INCIDENTE

Reporta Responsable Representante de la empresa:

ACCIDENT X      INCIDENT  SE AUSENTE DEL PUESTO DE TRABAJO

FECHA DE DECLARACIÓN  CONTINUA EN EL PUESTO DE TRABAJO

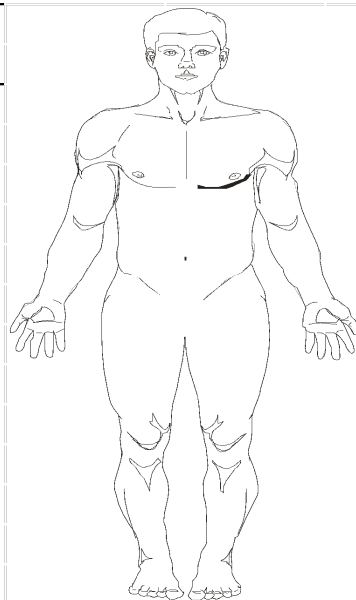
NOMBRE:       ANTIGÜEDAD EMPRESA :

ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO  SECTOR  FUNCIÓN:

HORARIO DE TRABAJO DEL DÍA DEL ACCIDENTE  HS. EXTRAS:

FECHA DEL ACCIDENTE:  HORA DEL ACCIDENTE  TURNO:

PARTE DEL CUERPO AFECTADA:



QUEBRADURA



MUSCULAR



QUEMADURA



GOLPE

CORTE

MAQUINA / HERRAMIENTA / PUESTO INVOLUCRADO:

MAQUINA / HERRAMIENTA / DAÑADA:

TAREA DESEMPEÑADA:

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE/INCIDENTE:

HA SUFRIDO OTROS ACCIDENTES?

SI

NO

CUANTAS VECES?

USABA EPP NECESARIOS?

SI

NO

PORQUE?

RECIBIÓ INSTRUCCIONES DE OPERACIÓN?

SI

NO

RECIBIÓ INSTRUCCIONES DE SEGURIDAD?

SI

NO

CONDICIONES SEGURAS?

SI

NO

TESTIGOS / RESPONSABLES:

PRIMEROS AUXILIOS PRESTADOS POR:

TRASLADADO A

MUTUALISTA DEL ACCIDENTADO:

### PREGUNTAS GUÍA

¿Quién resultó lesionado?

¿Qué ocurrió?

¿Dónde ocurrió?

¿Cuándo ocurrió?

**NUNCA PREGUNTE**

¿Cómo ocurrió?

\_\_\_\_\_  
JEFE DE SECTOR

\_\_\_\_\_  
GERENTE DE ÁREA