



# Informe de Investigación de un Accidente

**Por favor complete este formulario tan pronto sea posible después de un incidente resultante en lesión o enfermedad grave.**

(Optativo: Úselo para investigar lesiones menores o conatos de accidente (cuasi accidentes) que podrían haber resultado en lesión o enfermedad grave.)

Este es un informe de:  Muerte  Tiempo de trabajo perdido  Solo visita médica  Solo primeros auxilios  Cuasi accidente

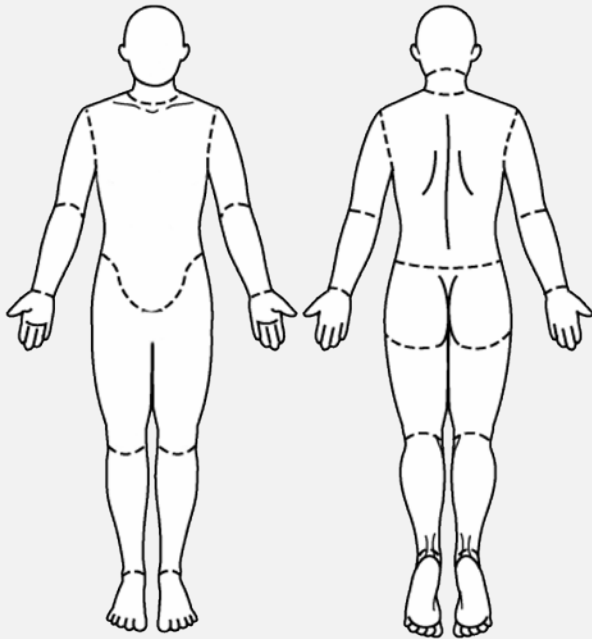
Fecha del Incidente: \_\_\_\_\_

## Paso 1: Complete esta parte para cada Empleado Lesionado

Nombre del empleado lesionado: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer Años: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Job title at time of incident: \_\_\_\_\_

Parte del cuerpo afectada: (sombree todo lo que aplique)



Naturaleza de la lesión:

- Abrasión, raspones
- Amputación
- Fractura de huesos
- Moretón
- Quemadura (calor)
- Quemadura (química)
- Conmoción (en la cabeza)
- Lesión por aplastamiento
- Cortadura, laceración, punción
- Hernia
- Enfermedad
- Esguince (torcedura) o distensión
- Daño a un sistema corporal:
- Otro:

Este empleado trabaja:

- A tiempo completo regular
- A tiempo parcial regular
- Estacional
- Temporero

Meses trabajando con este empleador:

Meses haciendo este trabajo:

## Paso 2: Describa el Incidente

Dirección donde ocurrió el incidente: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Lugar exacto donde ocurrió el incidente (cuarto específico): \_\_\_\_\_ Hora exacta:  AM  PM

Qué parte del día de trabajo del empleado:  Al entrar o salir del trabajo  Haciendo las actividades normales del trabajo  
 Durante el periodo para comer  Durante un descanso  Trabajando sobretiempo  Otro

Nombre(s) de Testigo(s) si los hubiera:



# Informe de Investigación de un Accidente

<b>Número de adjuntos:</b>	<b>Declaraciones escritas de los testigos:</b>	<b>Fotografías:</b>	<b>Mapas/dibujos:</b>
<b>¿Qué equipo de protección personal se estaba usando (de haber alguno)?</b>			
<b>Describe, los eventos paso a paso que llevaron a la lesión: (Incluya nombres de cualquier máquina, pieza, objeto,</b>			
<div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> la descripción continúa en las hojas adjuntas</div>			

## Paso 3: ¿Por qué ocurrió el incidente?

<b>Condiciones del lugar de trabajo no seguras:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Barrera o protección inadecuada</li><li><input type="checkbox"/> Causa de peligro sin protección</li><li><input type="checkbox"/> Dispositivo de seguridad defectuoso</li><li><input type="checkbox"/> Herramienta o equipo defectuoso</li><li><input type="checkbox"/> Disposición de la estación de trabajo es peligrosa</li><li><input type="checkbox"/> Iluminación no segura</li><li><input type="checkbox"/> Ventilación no segura</li><li><input type="checkbox"/> Falta del equipo de protección personal necesario</li><li><input type="checkbox"/> Falta de herramientas/equipo apropiado</li><li><input type="checkbox"/> Ropa no segura</li><li><input type="checkbox"/> Entrenamiento insuficiente o nulo</li><li><input type="checkbox"/> Otro:</li></ul>	<b>Acciones no seguras realizadas por una persona:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Operar algo sin tener permiso</li><li><input type="checkbox"/> Operar a velocidad no segura</li><li><input type="checkbox"/> Revisar o dar mantenimiento a equipo conectado a la electricidad</li><li><input type="checkbox"/> Deshabilitar un dispositivo de seguridad</li><li><input type="checkbox"/> Usar equipo defectuoso</li><li><input type="checkbox"/> Usar equipo de forma no aprobada</li><li><input type="checkbox"/> Levantar algo a mano de forma no segura</li><li><input type="checkbox"/> Tomar una postura o posición no segura</li><li><input type="checkbox"/> Distracción, bromas o juegos</li><li><input type="checkbox"/> No llevar puesto el equipo de protección personal</li><li><input type="checkbox"/> No usar las herramientas/equipo disponible</li><li><input type="checkbox"/> Otro</li></ul>
--	---

**¿Por qué se dieron las condiciones no seguras?**

**¿Por qué se realizaron las acciones no seguras?**

**¿Había algún fundamento (tal como “se puede hacer el trabajo más rápidamente” o “es menos probable que se dañe el producto”) que pueda haber provocado o alentado esas condiciones o acciones no seguras?**       Sí       No

**De ser así, describa:**

**¿Se reportaron acciones o condiciones no seguras antes del incidente?**       Sí       No

**¿Ha habido antes otros incidentes o cuasi accidentes similares a este?**       Sí       No



# Informe de Investigación de un Accidente

## Paso 4: ¿Cómo se pueden prevenir futuros incidentes?

**Qué cambios:**

- Descontinuar la actividad
- Colocar protección o barreras
- Entrenar a empleado(s)
- Entrenar a supervisor(es)
- Rediseñar los pasos de la tarea
- Rediseñar la estación de trabajo
- Obligar al cumplimiento de política existente
- Inspeccionar rutinariamente si hay esa amenaza
- Equipo de Protección Personal
- Otro \_\_\_\_\_

**¿Qué se debería hacer (o se ha hecho) para cumplir las sugerencias marcadas arriba?**

La descripción continúa en hojas adjuntas

## Paso 5: ¿Quién completó y revisó este formulario? (Por favor escriba en mayúsculas)

<b>Escrito por:</b>	<b>Cargo:</b>
<b>Departamento:</b>	<b>Fecha:</b>

**Nombres de los miembros del equipo de investigación:**

La descripción continúa en hojas adjuntas

<b>Escrito por:</b>	<b>Cargo:</b>
	<b>Fecha:</b>