**Instrucciones**  Sus empleados pueden usar este formulario para reportar toda lesion, enfermedad, o “casi incidente” relacionado al trabajo. Incidente (que pudiera haber causado lesiones, o enfermedad) – *sin importar lo insignificante.* Esto le ayudará a identificar y corregir peligros antes de que causan lesiones serias. El empleado debe llenar este formulario lo antes posible y entregarlo a un supervisor para dar seguimiento al debido proceso.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Relacionado a mi trabajo reporto una: ❑ lesión ❑ Enfermedad ❑ casi accidente | | |
| Su Nombre: | | |
| Titulo del puesto de trabajo: | | |
| Supervisor: | | |
| ¿Le ha informado a su supervisor acerca de ésta lesión/ casi accidente? ❑ Sí ❑ No | | |
| Fecha de la lesión/casi accidente: | | Hora de la lesión/casi accidente: |
| Nombres de testigos (si es que los hay): | | |
| ¿Exactamente dónde sucedió? | | |
| ¿Qué hacía en ese momento? | | |
| Describa paso por paso lo que sucedió que llevó a la lesión/casi accidente. (continúe al dorso si es necesario): | | |
| ¿Qué se pudiera haber hecho para prevenir esta lesión/casi accidente? | | |
| ¿En qué partes de su cuerpo sufrió lesiones? Si fue un casi accidente, ¿cómo pudiera haberse lastimado? | | |
| Para ésta lesión/enfermedad, ¿fue a consulta médica? | | |
| Si así fue, ¿quién lo/a atendió? | Número de teléfono del médico: | |
| Fecha: | Hora: | |
| Anteriormente, ¿se ha lastimado o ha sufrido lesiones en este mismo parte del cuerpo? | | |
| Si es así, ¿cuándo? | Empleador: | |
| Su Firma (opcional): | Fecha: | |