Accidente (Casi Accidente) Informe de Investigación

**Instrucciones**: Llene por completo este formulario lo más pronto posible después de un incidente que resulta en lesiones serias o enfermedad. (Opcional: Use para investigar una lesión leve o casi accidente menor que pudiera haber resultado en una lesión o enfermedad grave.)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Este es un reporte de Muerte  Tiempo Perdido  | | Solo Consulta Médica | * Solo Primeros Auxilios Casi Accidente | | |
| Fecha del incidente: | Reportado por: | * Empleado | * Supervisor | * Equipo | * Reporte Final |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Paso 1: Empleado Lesionado (llene ésta sección para cada empleado lesionado )** | | | | |
| Nombre: | Sexo: Masculino Femenino | | | Edad: |
| Departamento: | Título del Puesto al momento del incidente: | | | |
| Parte del cuerpo afectado: (coloree todo lo que aplica) | Naturaleza de la lesión: (La más grave)   * Abrasión, raspaduras * Amputación * Hueso Fracturado * Hematoma * Quemadura (calor) * Quemadura (química) * Conmoción (a la cabeza) * Lesión por aplastamiento * Cortada, laceración punzante * Hernia * Enfermedad * Esquince, torcedura * Daño a un sistema   corporal   * Otro | Este Empleado Trabaja:   * Jornada Tiempo Completo * Jornada Medio Tiempo * De Temporada * Temporalmente | | |
| Meses con el empleador: | | |
| Meses hacienda este trabajo: | | |
| (e.g.: sistema respiratorio, circulatorio o nervioso.) | | |
| **Paso 2: Describa el incidente** | | | | | |
| Ubicación exacta del incidente: | | | Hora exacta: | | |
| ¿Durante qué parte del día laboral del empleado? Al entrar o al salir del trabajo  Al desempeñar actividades normales del trabajo   * Durante la comida Durante el descanso Trabajando horas extras Otro | | | | | |
| Nombres de testigos (si hay alguno:): | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Número de hojas anexos: | Declaraciones por escrito de testigos: | Fotografías: | | Croquis/Dibujos : |
| ¿Qué equipo de protección personal se usó (Si es que se usó)? | | | | |
| Describa, paso por paso lo que sucedió que resultó en las lesiones. Incluye nombres de cualquier máquina, partes, objetos, herramienta, materiales y otros detalles importantes.  Descripción continuada en hojas anexos:  | | | | |
| **Paso 3: ¿Por qué sucedió este incidente?** | | | | |
| Condiciones inseguras en el trabajo: (Marque todo lo que aplica)   * Protección inadecuada * Peligro sin protección * Dispositivo de seguridad defectuoso * Herramienta o equipo defectuoso * Diseño del área de trabajo pudiera ser peligroso * Iluminación insegura * Ventilación insegura * Falta de equipo personal de protección * Falta de herramienta y equipo adecuado/apropiado * Ropa inapropiada y insegura * Ningún entrenamiento o no suficiente * Otro: | | | Acciones riesgosas por personas: (Marque todo lo que aplica)   * Conducir sin permiso * Conducir a velocidades inseguras * Mantenimiento a equipo conectado a corriente eléctrica * Dejando inoperable a un dispositivo de seguridad * Usando equipo defectuoso * Usando equipo de forma inapropiada * Levantar manualmente de forma insegura * Tomando una postura o posición insegura * Distracción, vacilando, jugueteando * No usar equipo de protección personal * No usar herramienta/ equipo disponible * Otro: | |
| ¿Por qué existieron condiciones inseguras? | | | | |
| ¿Por qué ocurrieron acciones riesgosas? | | | | |
| ¿Hubo un incentivo que pudiera haber promovido las acciones o condiciones inseguras? (tales como “el trabajo puede hacerse más rápido”, o “el producto se dañará menos”) Sí No  Si es que sí, describe: | | | | |
| ¿Se reportaron las acciones o condiciones inseguras antes del incidente? Sí No | | | | |
| ¿Han ocurrido incidentes similares o casi accidentes previos a este? Sí No | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Paso 4: ¿Cómo podemos prevenir incidentes en el futuro?** | |
| **¿Cuales cambios sugiere para evitar que ocurra de nuevo este tipo de lesión/casi accidente?**   * Descontinuar esta actividad Protección del peligro Entrenar a los empleado Entrenar al/los supervisor(es) * Refigurar los pasos de la tarea Rediseñar área de trabajo Formular una nueva política/regla Hacer cumplir la política actual * Routinely inspect for the hazard Personal Protective Equipment Other: | |
| ¿Qué se debe hacer o (se ha hecho) para llevar a la práctica la/las sugerencia(s) arriba marcadas?  Descripción continuada en hojas anexos:  | |
| **Paso 5: ¿Quién completó este formulario y lo revisó? (Letra de Molde Por Favor)** | |
| Escrito por:  Departamento: | Título:  Fecha |
| Nombres de los miembros del equipo de investigación: | |
| Revisado por: | Título:  Fecha: |