

## ACCIDENT INVESTIGATION REPORT

|  |  |                                       |                      |
|--|--|---------------------------------------|----------------------|
| PATRON:  |  | DIVISION:                             |                      |
| DIRECCION:   |  |                                       |                      |
| NOMBRE DEL LESIONADO:                                      |  | FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE:           | OFICIO:              |
| CUANTO TIEMPO A ESTADO EMPLEADO EN ESTE O TRABAJO SIMILAR? |  |                                       | LUGAR DEL ACCIDENTE: |
| FECHA QUE SE REPORTO:                                      |  | SE LE DIO AYUDA DE PRIMEROS AUXILIOS? | QUIEN DIO LA AYUDA?  |
| SE MANDO EL EMPLEADO AL MEDICO?                            |  | SE PERDIO TEMPO?                      | CUANTOS DIAS?        |

### IDENTIFICACION DE LOS FACTORES DEL ACCIDENTE

|   |
|---|
| LESIONO/Y DANO:                               |
| BREVEMENTE DESCRIBA EL ACCIDENTE (QUE PASO?): |

### TIPO DE ACCIDENTE (MARQUE UNO)

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Golpeado Por                 | <input type="checkbox"/> Golpeado Encantra          | <input type="checkbox"/> Atrapado Entre o contra algo | <input type="checkbox"/> Contacio con Temperaturas Extremas |
| <input type="checkbox"/> Caída De Mismo Nivel         | <input type="checkbox"/> Caída de diferente Nivel   | <input type="checkbox"/> Absorción                    |   |
| <input type="checkbox"/> Inhalación                   | <input type="checkbox"/> Ingenir por la Boca        | <input type="checkbox"/> Laceraciones                 |   |
| <input type="checkbox"/> Contacto con le Electricidad | <input type="checkbox"/> Sobre Extencion de Musculo | <input type="checkbox"/> Manejo manual de materiales  |   |

### CAUSAS DEL ACCIDENTE

|   |
|---|
| QUE HECHO MALO FUE RESPONSABLE POR ESTE ACCIDENTE?      |
| QUE CONDICION MALA FUE RESPONSABLE POR EESTE ACCIDENTE? |

### RASONES-POR QUE FUE EL HECHO MALO COMETIDO Y/O POR QUE EXISTO LA CONDICION MALA?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Actitud impropia                  | <input type="checkbox"/> Limitaciones humanas |
| <input type="checkbox"/> Falta de conocimiento/experiencia | <input type="checkbox"/> Afección             |

### ACCION CORRECTIVA

#### QUE SUGIERE LISTED SE HAGA PARA PREVENIR UN ACCIDENTE IGUAL?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Instrucción/Entrenamiento | <input type="checkbox"/> Colocación adecuada | <input type="checkbox"/> Recomendar a la gerencia |
| <input type="checkbox"/> Motivación/Disciplina     | <input type="checkbox"/> Reparar/Eliminar    |   |

FIRMA DEL MAYORDOMO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

FECH: \_\_\_\_\_