

## 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: \_\_\_\_\_