

INFORME DE ACCIDENTE

1. INFORMACIONES DEL ACCIDENTADO

HOJA Nº 1/5

NOMBRE Y APELLIDO:

EDAD:

■ FUNCIONARIO NOMBRADO

■ CONTRATADO

Dependencia:

Cargo/función/tarea:

Nº de personal:

Antigüedad:

Lugar de residencia:

2. INFORMACIONES SOBRE EL ACCIDENTE

■ Fecha: / / Hora: : Dirección:

Departamento: Ciudad:

Localidad: Compañía:

Barrio: Otro:

■ CLASIFICACIÓN DE LA LESIÓN: Leve Grave Fatal

■ TRABAJO ASIGNADO:

■ OPERACIÓN/ACCIÓN EJECUTADA EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE:

■ EQUIPOS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL UTILIZADOS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Casco de seguridad | <input type="checkbox"/> Cinturón de seguridad |
| <input type="checkbox"/> Zapatón de seguridad | <input type="checkbox"/> Guante de goma para Baja Tensión (BT) |
| <input type="checkbox"/> Guante de goma para Media Tensión (MT) | <input type="checkbox"/> Guante de cuero protector de guante de goma |
| <input type="checkbox"/> Guante de cuero para trabajos varios | <input type="checkbox"/> Pértiga de maniobras |
| <input type="checkbox"/> Escalera de fibra de vidrio <input type="checkbox"/> Escalera de madera | <input type="checkbox"/> Escalera de metal <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Puesta a tierra temporario | <input type="checkbox"/> Otros: |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

■ ORIGEN DEL ACCIDENTE:

Nivel	Causas	
<input type="checkbox"/> Alta Tensión	<input type="checkbox"/> Explosión	<input type="checkbox"/> Contacto Eléctrico
<input type="checkbox"/> Media Tensión	<input type="checkbox"/> Caída	<input type="checkbox"/> Incendio
<input type="checkbox"/> Baja Tensión	<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Otros:

INFORME DE ACCIDENTE

HOJA N° 2/5

■ EFECTOS DEL ACCIDENTE:

Descarga eléctrica Quemaduras Fracturas Asfixia Contusión
 Amputación Luxación Cortadura Hemorragia Otros:

■ ESPECIFICAR PARTE(S) AFECTADA(S):

CABEZA Cráneo Oreja izquierda Oreja derecha Nariz
 Boca Ojo izquierdo Ojo derecho Cara Cuello
 Otros:

TRONCO Columna Costilla izq. Costilla derecha Organos internos
 Espalda Otros:

EXTREMO SUPERIOR Antebrazo izquierdo Antebrazo derecho Brazo izquierdo
 Brazo derecho Mano izquierda Mano derecha Dedo(s)
 Otros:

EXTREMO INFERIOR Muslo izquierdo Muslo derecho Pierna izquierda
 Pierna derecha Pie izquierdo Pie derecho Dedo(s)
 Otros:

3. PRIMEROS AUXILIOS

Fue necesario: Si No

Quiénes lo realizaron?: _____

Cómo lo realizaron?: _____

Fue trasladado a un centro asistencial: Si No

Dónde y cuánto tiempo después del accidente?: _____

INFORME DE ACCIDENTE

5. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS PARA EVITAR UN ACCIDENTE SIMILAR

Pudo haberse evitado la ocurrencia del accidente:

Si

No

Cómo?: _____

Informe realizado por:

1.

Firma:

2.

Firma:

3.

Firma:

V° B° DELEGADO DE C.I.P.A.:

JEFE UNID. ADM. AFECTADA:

.....

.....

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido

.....

.....

FIRMA

FIRMA

Fecha: / /

Fecha: / /

INFORME DE ACCIDENTE

HOJA N° 5/5

6. CROQUIS DEL LUGAR DEL ACCIDENTE

