

INFORME DE ACCIDENTE

1. INFORMACIONES DEL ACCIDENTADO

HOJA N° 1/5

NOMBRE Y APELLIDO **2** EDAD:

FUNCIONARIO NOMBRADO **3**
 CONTRATADO **3**

Dependencia: **4**

Cargo/función/tarea: **5** N° de personal: **6** Antigüedad: **7**

Lugar de residencia: **8**

2. INFORMACIONES SOBRE EL ACCIDENTE

Fecha: **9** / Hora: : Dirección: **10**
 Departamento: **11** Ciudad: **12**
 Localidad: **13** Compañía: **14**
 Barrio: **15** Otro:

CLASIFICACIÓN DE LA LESIÓN **16** Leve Grave Fatal

TRABAJO ASIGNADO **17**

OPERACIÓN/ACCIÓN EJECUTADA EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE **18** :

EQUIPOS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL UTILIZADOS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE **19** :

<input type="checkbox"/> Casco de seguridad	<input type="checkbox"/> Cinturón de seguridad
<input type="checkbox"/> Zapato 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 **20**

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 ⁽²¹⁾

- | | | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Descarga eléctrica | <input type="checkbox"/> Quemaduras | <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Asfixia | <input type="checkbox"/> Contusión |
| <input type="checkbox"/> Amputación | <input type="checkbox"/> Luxación | <input type="checkbox"/> Cortadura | <input type="checkbox"/> Hemorragia | <input type="checkbox"/> Otros: |

■ ESPECIFICAR PARTE(S) AFECTADA(S) ⁽²²⁾

- | | | | | |
|--|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <u>CABEZA</u> | <input type="checkbox"/> Cráneo | <input type="checkbox"/> Oreja izquierda | <input type="checkbox"/> Oreja derecha | <input type="checkbox"/> Nariz |
| <input type="checkbox"/> Boca | <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo | <input type="checkbox"/> Ojo derecho | <input type="checkbox"/> Cara | <input type="checkbox"/> Cuello |
| <input type="checkbox"/> Otros: | | | | |

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <u>TRONCO</u> | <input type="checkbox"/> Columna | <input type="checkbox"/> Costilla izq. | <input type="checkbox"/> Costilla derecha | <input type="checkbox"/> Organos internos |
| <input type="checkbox"/> Espalda | <input type="checkbox"/> Otros: | | | |

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <u>EXTREMO SUPERIOR</u> | <input type="checkbox"/> Antebrazo izquierdo | <input type="checkbox"/> Antebrazo derecho | <input type="checkbox"/> Brazo izquierdo |
| <input type="checkbox"/> <u>Brazo derecho</u> | <input type="checkbox"/> Mano izquierda | <input type="checkbox"/> Mano derecha | <input type="checkbox"/> Dedo(s) |
| <input type="checkbox"/> Otros: | | | |

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <u>EXTREMO INFERIOR</u> | <input type="checkbox"/> Muslo izquierdo | <input type="checkbox"/> Muslo derecho | <input type="checkbox"/> Pierna izquierda |
| <input type="checkbox"/> <u>Pierna derecha</u> | <input type="checkbox"/> Pie izquierdo | <input type="checkbox"/> Pie derecho | <input type="checkbox"/> Dedo(s) |
| <input type="checkbox"/> Otros: | | | |

3. PRIMEROS AUXILIOS

Fue necesario: Si No ⁽²³⁾

Quiénes lo realizaron? ⁽²⁴⁾ _____

Cómo lo realizaron?: ⁽²⁵⁾ _____

Fue trasladado a un centro asistencial: Si No ⁽²⁶⁾

Dónde y cuánto tiempo después del accidente?: ⁽²⁷⁾ _____

INFORME DE ACCIDENTE

5. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS PARA EVITAR UN ACCIDENTE SIMILAR

Pudo haberse evitado la ocurrencia del accidente:

29

Si

No

Cómo?:

30

Informe realizado por:

31

1.
2.
3.

Firma:
Firma:
Firma:

V° B° DELEGADO DE C.I.P.A.:

32

.....
Nombre y Apellido

JEFE UNID. ADM. AFECTADA:

33

.....
Nombre y Apellido

.....
FIRMA

Fecha: / /

.....
FIRMA

Fecha: / /

INFORME DE ACCIDENTE

HOJA N° 5/5

6. CROQUIS DEL LUGAR DEL ACCIDENTE

34