

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⁾

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

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

- 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 ⁽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

HOJA N° 3/5

4. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

Ocurrió como sigue:

28

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.

Firma:

2.

Firma:

3.

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