

Formulario de investigación de accidentes (ejemplo 1)

Use este formulario para ayudarlo a investigar los accidentes o incidentes en el lugar de trabajo. Nota: este formulario debe usarse dentro de su empresa. No está destinado a reemplazar el Formulario 801 de DCBS: *Informe del trabajador y del empleador de una lesión o enfermedad ocupacional*.

Empresa: _____ N.º de informe: _____

Operación: _____ Investigador: _____

Nombre de la víctima del accidente: _____ Cargo de la víctima: _____

¿Cuánto tiempo hace que trabaja en esta empresa la víctima del accidente? _____ ¿Cuánto tiempo hace que tiene este empleo? _____

(Adjunte esta información para cada persona adicional lesionada).

Testigos:

Nombre: _____ Nombre: _____

Nombre: _____ Nombre: _____

Nombre: _____ Nombre: _____

¿Cuándo ocurrió el accidente? Fecha: _____ Hora: _____ Turno: _____

¿Dónde ocurrió el accidente? Departamento: _____ Ubicación: _____

¿Qué sucedió? Describa la secuencia de eventos y la extensión de la lesión. Adjunte hojas separadas de ser necesario).

¿Alguna vez ocurrió un accidente similar? Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

¿Qué ocasionó el accidente?

Mencione todas las causas y factores contribuyentes, que podrían incluir falta de supervisión, capacitación inadecuada, mantenimiento deficiente de los equipos y política inadecuada.

- _____
- _____
- _____
- _____

Formulario de investigación de accidentes (ejemplo 1)

•

Mencione cada acción correctiva que se debe tomar. ¿Quién la realizará y cuándo?

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

Adjunte fotografías, bosquejos de la escena u otra información relevante.

Preparado
por:

Cargo:

Fecha:
