**EMPRESA DE INFORMES DE ACCIDENTES**

**PLANTILLA DE MUETSRA DE POLÍTICAS**

POLÍTICA DE INFORMES DE ACCIDENTES / LESIONES DE EMPLEADOS

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

00/00/0000

Dirección

Teléfono de contacto

Dirección web

Dirección de correo electrónico

Versión 0.0.0

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PREPARADO POR** |  | **TÍTULO** |  | **FECHA** |  |
| **APROBADO POR** |  | **TÍTULO** |  | **FECHA** |  |

Índice

[1. OBJETIVO 3](#_Toc141967960)

[2. ALCANCE 3](#_Toc141967961)

[3. Elementos de la política 3](#_Toc141967962)

[4. COBERTURA DEL SEGURO 4](#_Toc141967963)

[5. ASISTENCIA DE EMERGENCIA 4](#_Toc141967964)

[A. HERIDAS LEVES 4](#_Toc141967965)

[B. ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA 4](#_Toc141967966)

[6. PROCEDIMIENTO PARA INFORMAR DE UN ACCIDENTE 5](#_Toc141967967)

[7. PROCESO DE FORMULARIO DE INFORME 5](#_Toc141967968)

# OBJETIVO

|  |
| --- |
| Describa brevemente el propósito de este documento. |

# ALCANCE

|  |
| --- |
| Identifique a las personas que se ven afectadas por esta política de informe. |

# Elementos de la política

|  |
| --- |
| Defina los tipos de accidentes o incidentes que deben informarse. |

# COBERTURA DEL SEGURO

|  |
| --- |
| Defina la cobertura de seguro de la organización, en particular, lo que cubre la póliza para un empleado. Mencione que habrá repercusiones si un empleado no informa un accidente. |

# ASISTENCIA DE EMERGENCIA

## HERIDAS LEVES

|  |
| --- |
| Puede encontrar kits de primeros auxilios para heridas menores en los siguientes lugares: |

**NOTA: Nunca toque la sangre u otros líquidos corporales de otra persona.**

Llame a [NOMBRE DEL DEPARTAMENTO APROPIADO] al [NÚMERO DE TELÉFONO] para obtener ayuda.

## ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA

|  |
| --- |
|  |

# PROCEDIMIENTO PARA INFORMAR DE UN ACCIDENTE

|  |
| --- |
| Debe seguir los pasos que se indican a continuación cuando un empleado se lesiona:1. Cuando un empleado es testigo de un incidente o está involucrado en uno, debe informarlo al [PERSONAL O AUTORIDADES QUE DEBEN SER NOTIFICADOS] por [TIPO DE COMUNICACIÓN] dentro del [PLAZO] del incidente. 2. Enumere los pasos restantes del proceso de informes de su organización. 3. 4. 5.  |

# PROCESO DE FORMULARIO DE INFORME

|  |
| --- |
| Todos los accidentes relacionados con el trabajo que resulten en una lesión, una enfermedad o una falta cercana, independientemente del nivel de gravedad, deberán ser documentados e investigados por [DEPARTAMENTO]. Otras autoridades pueden llevar a cabo investigaciones adicionales, por ejemplo, la policía local, LA OSHA, etc.1. El [DEPARTAMENTO] realizará un informe inicial sobre todos los accidentes y lesiones en el lugar de trabajo.2. Las copias de los informes de accidente de los empleados se mantienen en el archivo en [UNICACIÓN]. Los empleados que soliciten copias de informes deben ponerse en contacto con [INFORMACIÓN DE CONTACTO].3. Enumere los pasos restantes en el proceso del formulario de informe.4. 5.  |

|  |
| --- |
| **DESCARGO DE RESPONSABILIDAD**Todos los artículos, las plantillas o la información que proporcione Smartsheet en el sitio web son solo de referencia. Mientras nos esforzamos por mantener la información actualizada y correcta, no hacemos declaraciones ni garantías de ningún tipo, explícitas o implícitas, sobre la integridad, precisión, confiabilidad, idoneidad o disponibilidad con respecto al sitio web o la información, los artículos, las plantillas o los gráficos relacionados que figuran en el sitio web. Por lo tanto, cualquier confianza que usted deposite en dicha información es estrictamente bajo su propio riesgo. |