**[A blue and white logo

Description automatically generated](https://es.smartsheet.com/try-it?trp=27821&utm_language=ES&utm_source=template-word&utm_medium=content&utm_campaign=ic-Employee’s+First+Report+of+Injury+Form-word-27821-es&lpa=ic+Employee’s+First+Report+of+Injury+Form+word+27821+es)FORMULARIO DE PRIMER INFORME DE LESIÓN DEL EMPLEADO**

INSTRUCCIONES Mediante el uso de este formulario, los empleados deberán informar de todos los accidentes, lesiones, enfermedades o eventos no planificados relacionados con el trabajo que podrían haber resultado en una lesión o enfermedad. Una vez completado, este formulario se entregará a un gerente para los próximos pasos.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VOY A INFORMAR SOBRE UN TRABAJO RELACIONADO CON: |  | LESIÓN |  | ENFERMEDAD |  | FALLA CERCANA |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SU NOMBRE | NOMBRE DEL SUPERVISOR | | FECHA DE INFORME |
|  |  |  | |
| PUESTO | ¿Su supervisor ha sido informado de este incidente? | | |
|  |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| UBICACIÓN DEL INCIDENTE | FECHA DEL INCIDENTE | HORA |
|  |  |  |
| TESTIGOS *, si los hubiere* | | |
|  | | |
| DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE Describir las tareas que se realizan y la secuencia de eventos. *Adjunte páginas adicionales según sea necesario.* | | |
|  | | |
| ¿Qué se podría hacer para evitar esta lesión/ casi falta? | | |
|  | | |
| ¿Qué partes de su cuerpo se lastimaron? Si es una falta cercana, ¿cómo podría haber sido lastimado? | | |
|  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Fue necesario tratamiento médico? | | | | SI ES AFIRMATIVO, NOMBRE DEL HOSPITAL / MÉDICO: |
|  | SÍ |  | NO |  |
| FECHA DE LA VISITA | | HORA DE LA VISITA | | TELÉFONO DEL HOSPITAL / MÉDICO |
|  | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Esta parte de su cuerpo se ha lastimado antes? |  | SÍ |  | NO | En caso afirmativo, ¿cuándo? |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Tiene otro empleo? |  | SÍ |  | NO | Nombre de la empresa |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FIRMA DEL EMPLEADO** | **FECHA** | **FIRMA DEL SUPERVISOR** | **FECHA** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **RENUNCIA**  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. |