

INFORME DE INCIDENTE/ACCIDENTE DEL EMPLEADO

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

NOMBRE	ID DE EMPLEADO	N.º DE SEGURO SOCIAL
PUESTO	DEPARTAMENTO	
DIRECCIÓN POSTAL	TELÉFONO FIJO	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	HOMBRE O MUJER	FECHA DE NACIMIENTO

DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE

UBICACIÓN	FECHA DEL INCIDENTE	HORA DEL INCIDENTE:

DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE

Con el mayor detalle posible, describa qué causó el incidente/accidente/lesión, qué estaba haciendo justo antes del incidente y qué hizo después del incidente. Nombre los objetos o sustancias involucrados.

¿Estaba realizando tareas regulares en el momento del incidente?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO
¿Alguien vio que se lastimó?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO

Si ES AFIRMATIVO, enumere a todos los testigos:

¿Reportó este incidente a alguien?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO
------------------------------------	--------------------------	--	--------------------------	-----------------------------

En caso afirmativo:

NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN SE INFORMÓ	TÍTULO	FECHA DEL INFORME

Si la respuesta es negativa, explique por qué eligió no informar:

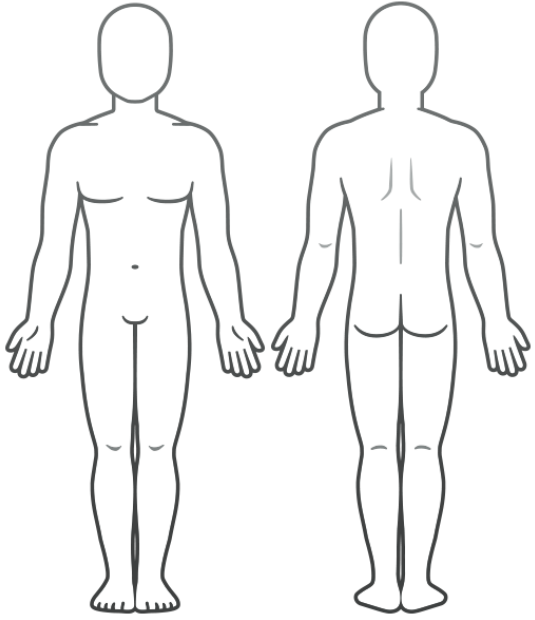
DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN

NATURALEZA DE LA LESIÓN *seleccione todas las que se aplican*

<input type="checkbox"/>	Abrasión, rasguños	<input type="checkbox"/>	Amputación	<input type="checkbox"/>	Hueso roto	<input type="checkbox"/>	Moretón	<input type="checkbox"/>	Quemadura (calor)
<input type="checkbox"/>	Quemadura (química)	<input type="checkbox"/>	Conmoción cerebral	<input type="checkbox"/>	Lesión por aplastamiento	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Hernia	<input type="checkbox"/>	Enfermedad	<input type="checkbox"/>	Esguince, tensión	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Otro, describa:								

DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN

PARTE DEL CUERPO AFECTADO *sombra todas las que se aplican*

	
--	---

¿Se brindaron primeros auxilios en el lugar?		En caso afirmativo, ¿quién administró los primeros auxilios?	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
Describa los primeros auxilios administrados.			

¿Fue necesario tratamiento médico?		SI ES AFIRMATIVO, NOMBRE DEL HOSPITAL / MÉDICO:	
<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
FECHA DE LA VISITA	HORA DE LA VISITA	TELÉFONO DEL HOSPITAL / MÉDICO	

¿Alguna vez ha tenido una lesión similar?		<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	¿Se ha tratado una lesión similar?		<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
Si ES afirmativo, describa una lesión anterior						Si ES afirmativo, ¿dónde, cuándo y por quién fue tratado?					

INFORME DE LESIONES DE ESPALDA

Se completará cuando el empleado herido reporte una lesión en la espalda. Si no es aplicable, vaya a la página siguiente.

¿Qué parte de la espalda le duele ahora?

¿Cuándo notó este dolor de espalda por primera vez?				FECHA:		HORA:	
¿Qué estaba haciendo en ese momento? Explíquelo en detalle.							
Si estaba levantando un objeto, ¿qué era y qué tan pesado?							
¿Qué siente?							
¿Cuál fue el tiempo entre la lesión y su discapacidad, si la hay?							

¿Alguien vio que se lastimó?	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
------------------------------	--------------------------	----	--------------------------	----

Si ES AFIRMATIVO, enumere a todos los testigos:

--

¿Reportó este incidente a alguien?	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
------------------------------------	--------------------------	----	--------------------------	----

En caso afirmativo:

NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN SE INFORMÓ	TÍTULO	FECHA DEL INFORME

¿Alguna vez tuvo una lesión en la espalda?	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	¿Alguna vez fue tratado por un médico?	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
En caso afirmativo, ¿cuándo? ¿Y qué parte de tu espalda?					Si ES afirmativo, ¿dónde, cuándo y por quién fue tratado?				

Si se lesionó anteriormente, ¿le ha dado problemas desde entonces? Explicar.

--

RECLAMACIONES DE COMPENSACIONES ANTERIORES

¿Alguna vez ha recibido o solicitado una compensación por una lesión en la espalda?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO
---	--------------------------	--	--------------------------	-----------------------------

¿Alguna vez ha recibido o solicitado una compensación por una lesión en la espalda?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO
---	--------------------------	--	--------------------------	-----------------------------

Si ES afirmativo, enumere los números de reclamos de la Oficina de Compensación Laboral:

--

LIBERACIÓN MÉDICA

Según la Ley de Compensación Laboral actual, el empleador tiene derecho a un comunicado médico firmado. Por la presente, autorizo a cualquier persona o personas que en el pasado me hayan atendido, tratado o examinado médicamente a divulgar dicha información a mi empleador, a la organización de atención administrada de mi empleador o al representante designado de mi empleador. Por la presente, autorizo a cualquier persona o personas que en el pasado me hayan atendido, tratado o examinado médicamente a divulgar dicha información a mi empleador, a la organización de atención administrada de mi empleador o al representante designado de mi empleador. Además, por la presente autorizo a cualquier persona/persona que pueda tener información de cualquier tipo que pueda usarse para tomar una decisión en cualquier reclamación por lesión o enfermedad derivada de la lesión/enfermedad descrita anteriormente a divulgar dicha información a mi empleador, a la organización de atención administrada de mi empleador o al representante designado de mi empleador. Una copia de este formulario servirá como original.

NOMBRE DEL EMPLEADO EN IMPRENTA	FIRMA DEL EMPLEADO	FECHA

INFORME PRESENTADO POR

NOMBRE	FIRMA	FECHA

INFORME RECIBIDO POR

NOMBRE	FIRMA	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.