**[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-Health+and+Safety+Incident+Report+Form-word-27821-es&lpa=ic+Health+and+Safety+Incident+Report+Form+word+27821+es)INCIDENTE DE SALUD Y SEGURIDAD**

**FORMULARIO DE INFORME**

INSTRUCCIONES Rellene este formulario inmediatamente después de un incidente relacionado con el trabajo y envíelo a:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| INFORMADO POR | DEPARTAMENTO |
|  |  |
| TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO |
|  |  |

DETALLES DEL INCIDENTE

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| UBICACIÓN | | | | FECHA DEL INCIDENTE: | | | HORA |
|  | | | |  | | |  |
| TIPO DE INCIDENTE *Seleccione uno* | | | | | | | |
|  | ACCIDENTE |  | INCIDENTE | |  | FALLA CERCANA | |
|  | VIOLENCIA |  | MALA SALUD | |  | SEGURIDAD | |
| DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE  Informe cualquier detalle que pueda haber contribuido al incidente. Adjunte páginas adicionales según sea necesario. | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DEL RESULTADO  Detalle todos los daños / efectos sobre la salud / daños. | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| MEDIDAS CORRECTIVAS  Describa las medidas correctivas tomadas para abordar los riesgos inmediatos relacionados con el incidente. | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

PERSONA AFECTADA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE | ID DE EMPLEADO | FECHA DE NACIMIENTO | |
|  |  |  | |
| Puesto de trabajo o designación, es decir, visitante, contratista, etc. | | | |
|  | | | |
| Teléfono laboral | Correo electrónico laboral | | |
|  |  | | |
| TELÉFONO PERSONAL | CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL | | |
|  |  | | |
| DIRECCIÓN POSTAL | | | |
|  | | | |
| NOMBRE DEL EMPLEADOR si la persona afectada no es un empleado | | | TELÉFONO DEL EMPLEADOR |
|  | | |  |
| DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR | | | |
|  | | | |

DETALLES DEL TESTIGO

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE | INFORMACIÓN DE CONTACTO |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

PRIMEROS AUXILIOS

¿SE ADMINISTRAN PRIMEROS AUXILIOS?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | SÍ |  | ADMINISTRADO POR |  |
|  | NO |  | INFORMACIÓN DE CONTACTO |  |
|  | N/A |  | TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN |  |
| ¿SE ADMINISTRAN PRIMEROS AUXILIOS? | | | | |
|  | | | | |

POSTERIOR AL INCIDENTE

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿A DÓNDE FUE EL INDIVIDUO AFECTADO A CONTINUACIÓN? *seleccione uno* | | | | | | | |
|  | AL HOSPITAL |  | CASA |  | REGRESÓ AL TRABAJO |  | OTRO |
| EXPLICACIÓN / MÁS DETALLES SI OTROS | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

¿Se notificó a un miembro del comité conjunto de salud y seguridad del incidente?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | SÍ |  | PERSONA CONTACTADA |  |
|  | NO |  | INFORMACIÓN DE CONTACTO |  |

NOTAS ADICIONALES

|  |
| --- |
|  |

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