**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 RESULTADODetalle todos los daños / efectos sobre la salud / daños.  |
|  |
| MEDIDAS CORRECTIVASDescriba 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. |