

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*

<input type="checkbox"/>	ACCIDENTE	<input type="checkbox"/>	INCIDENTE	<input type="checkbox"/>	FALLA CERCANA
<input type="checkbox"/>	VIOLENCIA	<input type="checkbox"/>	MALA SALUD	<input type="checkbox"/>	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*

<input type="checkbox"/>	AL HOSPITAL	<input type="checkbox"/>	CASA	<input type="checkbox"/>	REGRESÓ AL TRABAJO	<input type="checkbox"/>	OTRO
--------------------------	-------------	--------------------------	------	--------------------------	--------------------	--------------------------	------

EXPLICACIÓN / MÁS DETALLES SI OTROS

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

<input type="checkbox"/>	SÍ	PERSONA CONTACTADA	
<input type="checkbox"/>	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.