**[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-Supervisor’s+Incident+Investigation+Report-word-27821-es&lpa=ic+Supervisor’s+Incident+Investigation+Report+word+27821+es)INVESTIGACIÓN DE INCIDENTE DEL SUPERVISOR**

**FORMULARIO DE INFORME**

INSTRUCCIONES

Este formulario debe ser completado por el supervisor de un empleado que ha experimentado un incidente que resulta en una lesión o enfermedad grave. Se completará en tiempo y forma después de un incidente y también se podrá utilizar para investigar un evento casi perdido que podría haber dado lugar a un accidente o a una lesión. Devolver el formulario completado para:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | |
| ESTE FORMULARIO SIRVE PARA DOCUMENTAR *seleccionar todas las que correspondan* | | | | | | | | | | |
|  | MUERTE |  | TIEMPO PERDIDO |  | TRATAMIENTO DE URGENCIAS / CLÍNICAS |  | SOLO PRIMEROS AUXILIOS |  | FALLA CERCANA | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INFORME COMPLETADO POR Nombre y Título | FECHA DEL INCIDENTE | FECHA DE INFORME |
|  |  |  |

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO LESIONADO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL EMPLEADO | | | | | | | | | | ID DE EMPLEADO | | FECHA DE NACIMIENTO | | |
|  | | | | | | | | | |  | |  | | |
| CARGO EN EL MOMENTO DEL INCIDENTE | | | | | | | | | | DEPARTAMENTO | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | |
| TIPO EMPLEADO a tiempo completo o parcial, contrato, etc. | | | | Tiempo que hace este trabajo: | | | | | | NOMBRE DEL OTRO EMPLEADOR *si corresponde* | | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | |
| NATURALEZA DE LA LESIÓN *seleccione todas las que se aplican* | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Abrasión, rasguños |  | Amputación | |  | Hueso roto |  | | Moretón | |  | | Quemadura (calor) |
|  | | Quemadura (química) |  | Conmoción cerebral | |  | Lesión por aplastamiento |  | | Corte, laceración, perforación | | | | |
|  | | Hernia |  | Enfermedad | |  | Esguince, tensión |  | | Daños al sistema corporal | | | | |
|  | | Otro, describa: |  | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN | | | | | | | | PARTE DEL CUERPO AFECTADO *sombra todas las que se aplican* | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | |

DETALLES DEL INCIDENTE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| UBICACIÓN | | | | | | | FECHA DEL INCIDENTE: | | | HORA | |
|  | | | | | | |  | | |  | |
| ¿Durante qué parte de la jornada laboral del empleado se produjo el incidente? | | | | | | | | | | | |
|  | Entrar o salir del trabajo | | | |  | Realizar actividades laborales normales | | | | | |
|  | Durante el período de comida | |  | Durante el descanso | | | |  | Trabajar horas extras | | |
|  | Otro, describa: |  | | | | | | | | | |
| TESTIGOS , si los hubiere | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| EQUIPOS DE PROTECCIÓN Enumerar los equipos de protección individual utilizados en el momento del incidente. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE Describir las tareas que se realizan y la secuencia de eventos. *Adjunte páginas adicionales según sea necesario.* | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Anexos Enumere todo lo que se debe enviar con este informe (formularios, declaraciones de testigos, fotografías, mapas, planos, etc.) | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

¿POR QUÉ SE PRODUJO EL INCIDENTE?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CONDICIONES LABORALES INSEGUROS *Seleccione todas las que correspondan* | | ACTOS INSEGUROS DE las personas *seleccione todos los que se aplican* | | |
|  | Protección insuficiente |  | Operar sin permisos | |
|  | Peligro sin vigilancia |  | Operar a una velocidad inseguro | |
|  | El dispositivo de seguridad es defectuoso |  | Servicio a equipos que tienen energía | |
|  | La herramienta o el equipo es defectuoso |  | Hacer que un dispositivo de seguridad no sea operatorio | |
|  | El diseño de la estación de trabajo es peligroso |  | Uso de equipos defectuosos | |
|  | Iluminación poco segura |  | Uso del equipo de una manera no aprobada | |
|  | Ventilación insegura |  | Iluminación poco segura | |
|  | Falta del equipo de protección individual necesario |  | Tomar una posición o postura inseguros | |
|  | Falta de equipos/herramientas adecuados |  | Distracciones, bromas, juegos de caballos | |
|  | Ropa insegura |  | Falta de uso del equipo de protección individual | |
|  | Sin capacitación o insuficiente |  | Falta de uso del equipo/ herramientas disponibles | |
|  | Otro, describa: |  | Otro, describa: | |
|  | |  | | |
| ¿Por qué existieron las condiciones de seguridad? | | | |
|  | | | |
| ¿Por qué ocurrieron los actos inseguros? | | | |
|  | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Existe una cultura, norma o expectativa en el lugar de trabajo que pueda haber fomentado las condiciones o actos inseguros? | |  | SÍ |  | NO |
| En caso afirmativo, describa: |  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Se informaron los actos o condiciones inseguros antes del incidente? |  | SÍ |  | NO |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Ha habido incidentes similares o faltas cercanas antes de este? |  | SÍ |  | NO |

¿CÓMO SE PUEDEN PREVENIR FUTUROS INCIDENTES?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Qué cambios sugiere para evitar que este incidente/casi falta vuelva a ocurrir? *seleccione todas las que apliquen* | | | | |
|  | Detener esta actividad |  | Protege el peligro | |
|  | Capacitar a los empleados |  | Capacitar a los supervisores | |
|  | Rediseñar los pasos de las tareas |  | Rediseño de la estación de trabajo | |
|  | Escribir una nueva política/regla |  | Aplicar la política existente | |
|  | Inspeccione rutinariamente el peligro |  | Falta de uso del equipo de protección individual | |
|  | Otro, describa: | | | |
|  | | | | |
| ¿Qué se debe (o se ha hecho) para llevar a cabo las sugerencias seleccionadas anteriormente? | | | |
|  | | | |

DETALLES DEL INFORME

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INFORME REDACTADO POR | | |
| NOMBRE | TÍTULO | |
|  |  | |
| DEPARTAMENTO | | FECHA |
|  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INFORMES REVISADOS POR | | |
| NOMBRE | TÍTULO | |
|  |  | |
| DEPARTAMENTO | | FECHA |
|  | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| MIEMBROS DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN | |
| NOMBRE | TÍTULO |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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. |