**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. |