

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*

<input type="checkbox"/> MUERTE	<input type="checkbox"/> TIEMPO PERDIDO	<input type="checkbox"/> TRATAMIENTO DE URGENCIAS / CLÍNICAS	<input type="checkbox"/> SOLO PRIMEROS AUXILIOS	<input type="checkbox"/> 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

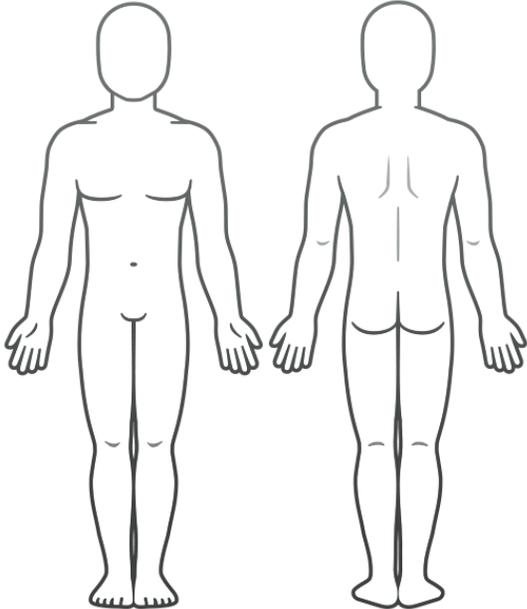
--	--	--

NATURALEZA DE LA LESIÓN *seleccione todas las que se aplican*

<input type="checkbox"/> Abrasión, rasguños	<input type="checkbox"/> Amputación	<input type="checkbox"/> Hueso roto	<input type="checkbox"/> Moretón	<input type="checkbox"/> Quemadura (calor)
<input type="checkbox"/> Quemadura (química)	<input type="checkbox"/> Conmoción cerebral	<input type="checkbox"/> Lesión por aplastamiento	<input type="checkbox"/> Corte, laceración, perforación	
<input type="checkbox"/> Hernia	<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Esguince, tensión	<input type="checkbox"/> Daños al sistema corporal	
<input type="checkbox"/> Otro, describa:				

DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN

PARTE DEL CUERPO AFECTADO *sombra todas las que se aplican*

<p>DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN</p>	<p>PARTE DEL CUERPO AFECTADO <i>sombra todas las que se aplican</i></p> 
---------------------------------	--

DETALLES DEL INCIDENTE

UBICACIÓN	FECHA DEL INCIDENTE:	HORA

¿Durante qué parte de la jornada laboral del empleado se produjo el incidente?

<input type="checkbox"/>	Entrar o salir del trabajo	<input type="checkbox"/>	Realizar actividades laborales normales		
<input type="checkbox"/>	Durante el período de comida	<input type="checkbox"/>	Durante el descanso	<input type="checkbox"/>	Trabajar horas extras
<input type="checkbox"/>	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?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, describa:				

¿Se informaron los actos o condiciones inseguros antes del incidente?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO
---	--------------------------	--	--------------------------	-----------------------------

¿Ha habido incidentes similares o faltas cercanas antes de este?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 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*

<input type="checkbox"/>	Detener esta actividad	<input type="checkbox"/>	Protege el peligro
<input type="checkbox"/>	Capacitar a los empleados	<input type="checkbox"/>	Capacitar a los supervisores
<input type="checkbox"/>	Rediseñar los pasos de las tareas	<input type="checkbox"/>	Rediseño de la estación de trabajo
<input type="checkbox"/>	Escribir una nueva política/regla	<input type="checkbox"/>	Aplicar la política existente
<input type="checkbox"/>	Inspeccionar rutinariamente el peligro	<input type="checkbox"/>	Falta de uso del equipo de protección individual
<input type="checkbox"/>	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.