**[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-Work-Related+Accident/Injury+Report+Form-word-27821-es&lpa=ic+Work-Related+Accident/Injury+Report+Form+word+27821+es)ACCIDENTE / LESIÓN LABORAL**

**FORMULARIO DE INFORME**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INSTRUCCIONES |  | N.º DE RECLAMACIÓN |
| Este formulario se completará lo antes posible después de un accidente o lesión relacionado con el empleado. Si el empleado no puede, el supervisor deberá completar este formulario y luego enviarlo a la oficina de Recursos Humanos. |  |  |

INFORMACIÓN PERSONAL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL EMPLEADO | | | | N.º DE SEGURO SOCIAL | | ID DE EMPLEADO | | FECHA DE HOY |
|  | | | |  | |  | |  |
| PUESTO | | | | | | FECHA DE CONTRATACIÓN | | TARIFA DE PAGO |
|  | | | | | |  | |  |
| DIRECCIÓN POSTAL | | | | | | TELÉFONO FIJO | | TELÉFONO LABORAL |
|  | | | | | |  | |  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR | | | | | CORREO ELECTRÓNICO DEL SUPERVISOR | | | TELÉFONO |
|  | | | | |  | | |  |
| ESTADO DEL EMPLEADO | | | | | HORAS POR DÍA | | DÍAS POR SEMANA | |
|  | TIEMPO COMPLETO |  | TIEMPO PARCIAL | |  | |  | |

INFORMACIÓN SOBRE LESIONES / ACCIDENTE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| UBICACIÓN DE LA LESIÓN | FECHA DE LA LESIÓN | HORA DE LA LESIÓN |
|  |  |  |
| ¿LA LESIÓN CAUSÓ PÉRDIDA DE TIEMPO EN EL TRABAJO? Proporcione fechas, cantidad de tiempo | ¿EL EMPLEADO HA REGRESADO AL TRABAJO? | |
|  |  | |
| TESTIGOS Proporcione los nombres de los testigos del accidente /lesión | | |
|  | | |
| DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN ¿Qué partes del cuerpo se vieron afectadas? ¿Qué tipo de lesión? | | |
|  | | |
| DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE¿Qué hacía el empleado en el momento del incidente? ¿Cómo se produjo la lesión? | | |
|  | | |

TRATAMIENTO DE LESIONES / ACCIDENTES

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PRIMEROS AUXILIOS Describa los primeros auxilios dados en la escena de la lesión/accidente. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| ¿FUE ATENDIDO EN UNA SALA DE EMERGENCIA? | | | | ¿LA PERSONA LESIONADA FUE TRASLADADA EN UNA AMBULANCIA? | | | | |
|  | SÍ |  | NO |  | SÍ |  | | NO |
| NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE | | | | NOMBRE PROVEEDOR(ES) MÉDICO(S) | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| DIRECCIÓN | | | | | | | TELÉFONO | |
|  | | | | | | |  | |
| TRATAMIENTO RECIBIDO | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

FIRMA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | NOMBRE | FIRMA | FECHA |
| EMPLEADO |  |  |  |
| O SUPERVISOR |  |  |  |

|  |
| --- |
| **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. |