

ACCIDENTE / LESIÓN LABORAL

FORMULARIO DE INFORME

INSTRUCCIONES

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.

N.º DE RECLAMACIÓN

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE DEL EMPLEADO	N.º DE SEGURO SOCIAL	ID DE EMPLEADO	FECHA DE HOY
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PUESTO	FECHA DE CONTRATACIÓN	TARIFA DE PAGO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DIRECCIÓN POSTAL	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO LABORAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOMBRE DEL SUPERVISOR	CORREO ELECTRÓNICO DEL SUPERVISOR	TELÉFONO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ESTADO DEL EMPLEADO	HORAS POR DÍA	DÍAS POR SEMANA
<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMACIÓN SOBRE LESIONES / ACCIDENTE

UBICACIÓN DE LA LESIÓN	FECHA DE LA LESIÓN	HORA DE LA LESIÓN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿LA LESIÓN CAUSÓ PÉRDIDA DE TIEMPO EN EL TRABAJO? Proporcione fechas, cantidad de tiempo	¿EL EMPLEADO HA REGRESADO AL TRABAJO?
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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?	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE	NOMBRE PROVEEDOR(ES) MÉDICO(S)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

DIRECCIÓN	TELÉFONO
<input type="text"/>	<input type="text"/>

TRATAMIENTO RECIBIDO

--

FIRMA

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
EMPLEADO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> SUPERVISOR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.