

FORMULARIO DE INFORME DE INCIDENTE EN EL LUGAR DE TRABAJO

INSTRUCCIONES

Complete este formulario para informar de un incidente en el lugar de trabajo que derivó en lesión, enfermedad o casi una falta. Devolver el formulario completado a:

--

ESTE FORMULARIO SIRVE PARA DOCUMENTAR *seleccionar todas las que correspondan*

	TIEMPO PERDIDO / LESIÓN		PRIMEROS AUXILIOS	INCIDENTE		CERRAR LLAMADA	OBSERVACIÓN
--	-------------------------	--	-------------------	-----------	--	----------------	-------------

PERSONA AFECTADA A ser completado por la persona lesionada/ involucrada, si es posible.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA EL INFORME	NOMBRE DEL SUPERVISOR	FECHA DE INFORME

PERSONAS INVOLUCRADAS	EQUIPOS / VEHÍCULOS INVOLUCRADOS

DETALLES DEL INCIDENTE

UBICACIÓN	FECHA DEL INCIDENTE	HORA

TESTIGOS

--

DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE Describir las tareas que se realizan y la secuencia de eventos. *Adjunte páginas adicionales según sea necesario.*

--

¿El evento/la lesión fue causado por un acto inseguro (actividad o movimiento o una condición inseguro, es decir, maquinaria o clima)?

--

SE COMPLETARÁ SOLO SI SE REQUIERE TIEMPO PERDIDO/ LESIÓN O PRIMEROS AUXILIOS

TIPO DE LESIÓN SUFRIDA:			
CAUSA DE PÉRDIDA DE TIEMPO / LESIÓN O PRIMEROS AUXILIOS:			
¿Fue necesario tratamiento médico?	Si es afirmativo, nombre del hospital / médico:		
	SÍ		NO

FIRMA DEL EMPLEADO	FECHA	FIRMA DEL SUPERVISOR	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.