

IWIF Reporte de lesión de parte del empleado

(A ser llenado por el empleado)

Nombre del empleado: _____ Masculino__ Femenino__
Apellido Primero Medio

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Teléfono particular # (____) _____

Domicilio particular: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Clasificación actual: _____ Cuánto tiempo ha estado empleado aquí: _____

Nº de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Salario bisemanal: _____

Lugar del accidente: _____
Nombre del edificio Área (baño, etc.)

Fecha del accidente: _____ Hora del accidente: _____

Describe todos los detalles de cómo ocurrió el accidente: _____

(continúe al reverso, de ser necesario)

Describe la lesión corporal que sufrió (sea específico respecto a las partes del cuerpo afectadas): _____

Recomendaciones de cómo evitar que vuelva a ocurrir el accidente: _____

(continúe al reverso, de ser necesario)

Nombre del supervisor: _____
Apellido Primero Medio

Nombres de los testigos: _____
(Adjunte los reportes de los testigos)

¿Cuándo reportó el accidente a su supervisor? _____

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

IWIF Declaración del testigo del accidente

(A ser llenada por el testigo del accidente)

Nombre del empleado lesionado: _____
Apellido Primero Medio

Nombre del testigo: _____
Apellido Primero Medio

Título de puesto del testigo: _____ Cuánto tiempo ha estado empleado aquí: _____

Domicilio en casa del testigo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Lugar del accidente: _____
Nombre del edificio Área (baño, etc.)

Fecha del accidente: _____ Hora del accidente: _____

Describa todos los detalles de cómo ocurrió el accidente: _____

(continúe al reverso, de ser necesario)

Describa la lesión corporal que sufrió (sea específico respecto a las partes del cuerpo afectadas): _____

Recomendaciones de cómo evitar que vuelva a ocurrir el accidente: _____

(continúe al reverso, de ser necesario)

Nombre del supervisor: _____
Apellido Primero Medio

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

IWIF Investigación del accidente de parte del supervisor

(A ser llenada por el supervisor del empleado u otro funcionario administrativo responsable)

Ubicación donde ocurrió el accidente		Instalaciones de la empresa: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Fecha del accidente o enfermedad
		Sitio de trabajo: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Quién se lesionó?		<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> No empleado		Hora del accidente a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/>
Antigüedad con la empresa	Título del puesto u ocupación	Nombre del departamento al que normalmente está asignado	¿Cuánto tiempo tenía trabajado el empleado en ese puesto cuando ocurrió la lesión o la enfermedad?	
¿Hubo daño a la propiedad?			Propiedad de	
¿Qué estaba haciendo el empleado cuando ocurrió la lesión o enfermedad? ¿Con qué máquina o herramienta? ¿En que operación?				
¿Cómo ocurrió la lesión o enfermedad? Enumere todos los objetos y sustancias involucrados				
Parte del cuerpo afectada		¿Cualquier defecto físico anterior? De ser a sí, ¿cuál? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Naturaleza y alcance de las lesiones y enfermedades y daño a la propiedad (sea específico)				

POR FAVOR INDIQUE TODOS LOS PUNTOS SIGUIENTES QUE HAYAN CONTRIBUIDO A LA LESIÓN O ENFERMEDAD

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Instrucción incorrecta | <input type="checkbox"/> No cerrar | <input type="checkbox"/> Arreglo o proceso inseguro |
| <input type="checkbox"/> Falta de capacitación o habilidad | <input type="checkbox"/> Posición insegura | <input type="checkbox"/> Mala ventilación |
| <input type="checkbox"/> Operación sin autorización | <input type="checkbox"/> Vestimenta inadecuada | <input type="checkbox"/> Resguardo inapropiado |
| <input type="checkbox"/> Jugueteos | <input type="checkbox"/> Equipo de protección incorrecto | <input type="checkbox"/> Mantenimiento incorrecto |
| <input type="checkbox"/> Impedimento físico o mental | <input type="checkbox"/> Equipo inseguro | <input type="checkbox"/> Dispositivo de seguridad que no funcionó |
| <input type="checkbox"/> No se aseguró | <input type="checkbox"/> Mal orden y limpieza | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Medidas correctivas del supervisor para asegurarse de que este tipo de accidente no vuelva a ocurrir: _____

¿Se volvió a capacitar al empleado en el uso correcto del equipo personal de protección de los procedimientos de seguridad correctos? Sí No

¿Se amonestó al empleado por no utilizar el equipo de protección personal/procedimiento de seguridad apropiados? Sí No

Nombre del supervisor

Firma del supervisor

Fecha