

# Informe de Investigación del Accidente Laboral

## 1. Información del empleado

Nombre: \_\_\_\_\_

Puesto de trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha del accidente: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## 2. Hora del accidente

\_\_\_\_\_ de la mañana

\_\_\_\_\_ de la tarde

## 3. ¿El accidente sucedió durante el horario normal del empleado?

Sí                  No                  Horas extra

## 4. Día de la semana

lunes                  viernes  
martes                  sábado  
miércoles                  domingo  
jueves

## 5. Lugar del accidente

Por favor explique dónde sucedió el accidente:

## 6. ¿El accidente sucedió en el sitio de trabajo?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

## 7. Acción tomada por la compañía

Primeros auxilios en el sitio  
Tratamiento médico  
Día de trabajo perdido

## 8. Explique cómo sucedió el accidente (sea específico)

## 9. Parte del cuerpo lesionada

Cabeza	Pecho
Ojo	Pulmones
Oreja	Abdomen
Cuello	Ingle
Hombro	Caderas
Brazo	Rodilla
Codo	Pierna
Muñeca	Tobillo
Mano	Pie
Dedo	Dedo del pie
Espalda	Otra

## 10. Tipo de accidente

Esfuerzo excesivo  
Caída (nivel diferente)  
Caída (mismo nivel)  
Golpeado contra  
Agarrado entre  
Golpeado por  
Vehículo  
Eléctrico  
Temperatura extrema  
Movimiento repetitivo  
Radiación  
Absorción  
Resbalón (sin caer) torcedura  
Otro: \_\_\_\_\_

## 11. ¿El empleado mencionó algunos de los siguientes problemas?

Esguince de la espalda  
Esguince o torcedura  
Dislocación  
Fractura  
Contusión  
Amputación  
Herida abierta  
Quemadura  
Asfixia  
Pérdida de la audición  
Cuerpo extraño  
Lesiones múltiples  
Trauma acumulada  
Otro: \_\_\_\_\_

12. Después de imprimir este informe, use el área abajo para ilustrar el incidente. (si procede)

13. El Equipo Protector Personal (PPE, por sus siglas en inglés) usado al momento de la lesión.

14. Apunte cualquier recomendación o información adicional.

Empleado: \_\_\_\_\_  
(Firma)

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Completado por: \_\_\_\_\_  
(Firma)

Puesto de trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_