Use este formulario para ayudarlo a investigar los accidentes o incidentes en el lugar de trabajo. Nota: este formulario debe usarse dentro de su empresa. No está destinado a reemplazar el Formulario 801 de DCBS: *Informe del trabajador y del empleador de una lesión o enfermedad ocupacional*.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Empresa: |  | N.º de informe: |  |
| Operación: |  | Investigador |  |
| Nombre de la víctima del accidente: |  | Cargo de la víctima: |  |
| ¿Cuánto tiempo hace que trabaja en esta empresa la víctima del accidente? |  | ¿Cuánto tiempo hace que tiene este empleo? |  |
| (Adjunte esta información para cada persona adicional lesionada). |
| Testigos: |
| Nombre: |  | Nombre: |  |
| Nombre: |  | Nombre: |  |
| Nombre: |  | Nombre: |  |
| ¿Cuándo ocurrió el accidente? | Fecha: |  | Hora: |  | Turno: |  |
| ¿Dónde ocurrió el accidente? | Departamento: |  | Ubicación: |  |
| ¿Qué sucedió? Describa la secuencia de eventos y la extensión de la lesión. Adjunte hojas separadas de ser necesario). |
| ¿Alguna vez ocurrió un accidente similar? [ ]  Sí [ ]  No En caso afirmativo, ¿cuándo?  |
|  |  |
| ¿Qué ocasionó el accidente?Mencione todas las causas y factores contribuyentes, que podrían incluir falta de supervisión, capacitación inadecuada, mantenimiento deficiente de los equipos y política inadecuada. |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Mencione cada acción correctiva que se debe tomar. ¿Quién la realizará y cuándo? |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 7. |  |

**Adjunte fotografías, bosquejos de la escena u otra información relevante.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Preparado por: |  | Cargo: |  | Fecha: |  |