

INFORME DE NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE

(Completado por el capataz al final del turno)

INFORMACIÓN DEL PROYECTO

Ciudad:	Estado:
Nombre del trabajo:	Número de trabajo:
Dirección del trabajo:	
Contacto en el sitio de trabajo:	Número de contacto:
Lugar donde ocurrió la lesión: (por ejemplo, 2º piso, esquina sureste del edificio, etc.)	
OCIP/CCIP/PCIP? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO LESIONADO

Apellido:	Nombre:	M.I.:
Dirección:		
Número de teléfono fijo:	Mejor número de teléfono de contacto:	
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	
Sexo: M / F	Estado civil: S / C	Ocupación/Oficio:
Superintendente de empleados:	Teléfono:	
Capataz general de los empleados:	Teléfono:	
Capataz de los empleados:	Teléfono:	
Fecha de contratación:	Estado de la contratación:	Tasa salarial: \$

INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

Tipo de accidente: <input type="checkbox"/> Lesión <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> tercero <input type="checkbox"/> Daños a la propiedad			
Fecha de la lesión:	Hora en que el empleado comenzó a trabajar:		AM / PM
Hora de la lesión:	AM / PM	Fecha de notificación:	Hora de notificación: AM / PM
Quién fue notificado:			
Tipo de lesión: (por ejemplo, reacción a sustancia extraña, punción, laceración, contusión (moretón), fractura, amputación, distensión/esguince, quemadura, etc.)			
Parte del cuerpo lesionada: (por ejemplo, cabeza, cara, ojo, oído, boca, espalda, tronco, <input type="checkbox"/> izquierdo <input type="checkbox"/> Correcto <input type="checkbox"/> N/A brazo, muñeca, mano, dedo, rodilla, pierna, tobillo, etc.)			
Equipo de seguridad que el empleado estaba usando: <input type="checkbox"/> Casco de seguridad <input type="checkbox"/> Gafas de seguridad <input type="checkbox"/> Soporte para la espalda <input type="checkbox"/> Guantes <input type="checkbox"/> Protector facial <input type="checkbox"/> Arnés <input type="checkbox"/> Otros (especifique)			
¿Qué actividad estaba realizando el empleado en el momento del accidente?			
¿Qué ocurrió para causar la lesión/enfermedad?			
Testigo 1:	Teléfono:		
Dirección:			
Testigo 2:	Teléfono:		
Dirección:			

INFORMACIÓN SOBRE TRATAMIENTO MÉDICO (marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Sin tratamiento médico, solo para el archivo	
<input type="checkbox"/> Primeros auxilios en el sitio solamente	Fecha del tratamiento:
<input type="checkbox"/> Clínica en el lugar	
<input type="checkbox"/> Clínica fuera del sitio y nombre de la clínica:	Teléfono: ()
<input type="checkbox"/> Hospital y nombre del hospital:	Teléfono: ()
<input type="checkbox"/> Prueba de drogas posterior al accidente	
<input type="checkbox"/> Tratamiento rechazado	
<input type="checkbox"/> Otro (por favor explique)	
Estado laboral:	<input type="checkbox"/> Pleno deber <input type="checkbox"/> Trabajo modificado <input type="checkbox"/> Fuera del trabajo

DOCUMENTADO POR:

Nombre:	Fecha:
---------	--------