|  |  |
| --- | --- |
| Área de trabajo |  |
| Servicio realizado |  |
| Puesto de trabajo |  |

DATOS DE LA PERSONA QUE SUFRE EL DAÑO

|  |
| --- |
| Nombre:  |

CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE / INCIDENTE

Lugar del accidente /incidente

|  |  |
| --- | --- |
| Ocurrido | EN SU LUGAR HABITUAL / EN DESPLAZAMIENTO/ OTRO |
| Trabajo habitual | SI | NO |

Identificación accidente / incidente

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha del Accidente CON / SIN baja:  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Forma:  |  |
| Agente material: |  |
| Testigos (si los hubiera):  |  |

Descripción del proceso de trabajo

|  |
| --- |
|  |

Descripción detallada de la secuencia del accidente / incidente

|  |
| --- |
|  |

CONSECUENCIAS Y RESULTADOS LESIVOS PARA LA PERSONA

|  |  |
| --- | --- |
| Clase de lesión / localización:  |  |

ANÁLISIS DE LAS CAUSAS

|  |
| --- |
|  |

ACCIONES CORRECTIVAS ADOPTADAS Y/O PROPUESTAS

|  |
| --- |
|  |
| Responsable de la acción:  |  |

PLANIFICACION DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS PROPUESTAS (a llenar en Jefatura de área)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Acción  | Responsable  | Fecha inicio | Fecha fin |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Investigación realizada por:  |  | Fecha: |  |
|  |