

REPORTE DE ACCIDENTE DE EMPLEADO

Para prevenir accidentes es necesario saber cómo y por qué suceden. Por favor describa los hechos lo más exacto posible. Si usted no puede completar esta forma, favor de pedir ayuda.

Nombre _____ Fecha _____

Teléfono de casa (____) _____ Celular (____) _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Código postal _____

Número Social _____ sexo: hembra varón Fecha de Nacimiento _____

Departamento _____ Título _____ Turno (entra) _____ (sale) _____

¿Cuántas horas trabaja al día? _____ ¿Cuántos días a la semana? _____

Por favor marque los días de la semana que usted trabaja en su horario regular:

lunes _____ martes _____ miércoles _____ jueves _____ viernes _____ sábado _____ domingo _____

Fecha del accidente _____ Hora del accidente _____ am/pm

¿Se accidentó en el trabajo? sí no Fecha que se notificó al Supervisor _____

¿Dónde ocurrió el accidente? _____

¿Qué estaba haciendo cuando ocurrió el accidente? _____

¿Cómo sucedió el accidente? (Describa lo que pasó) _____

Describa el daño o la lesión (cortada, torcida, etc.) _____

Parte afectada del cuerpo (sea específico) _____

Nombre del Testigo _____

Firma del Empleado _____ Fecha _____

Completado por _____ Fecha _____

(Si fue escrito por otra persona)

**Por favor llene esta forma inmediatamente y regrésela a
su Supervisor o Recursos Humanos.**