

# Informe de investigación de accidentes del empleador

**COMPLETE Y ENVÍE POR FAX O CORREO ELECTRÓNICO ESTE INFORME DENTRO DE LAS 24 HORAS DESDE EL MOMENTO DEL ACCIDENTE..**

1111 W Long Lake Road, Suite 104, Troy, MI 48098 | Toll Free (888) 736-9071

Los clientes designados supervisor deben notificar a Human Capital (en este formulario) de cada lesión o enfermedad sufrida por un empleado, que surja de y en el curso del empleo.

**Rellene este formulario haciendo clic en los campos y escribiendo la información adecuada en cada línea.**

**Por favor complete este formulario tan pronto como sea posible después de que ocurra un incidente que resulte en lesiones graves o enfermedades.**

(Opcional: Utilícelo para investigar una lesión menor o una falta cercana que podría haber causado una lesión o enfermedad grave.)

**Este es un informe de:**  Muerte  Tiempo perdido  Sólo visita al Dr.  Solo primeros auxilios  Pérdida cercana

**Date of Incident:**

## Empleado

<b>Apellido:</b>	<b>Primer nombre:</b>	<b>Inicial Segundo nombre:</b>	<b>Número del Seguro Social:</b>
<b>Dirección:</b>	<b>Apt:</b>		
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código Postal:</b>	
<b>Número de Teléfono:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Departamento:</b>	

## Historial de Reclamos

**¿Tiene el Empleado alguna Reclamación de Compensación laboral anterior?**  No  Si

En caso afirmativo, proporcione los detalles a continuación, como la fecha de reclamación y el tipo de lesión.

## Empleador

**Empleador actual:** Human Capital

**Nombre de la empresa:**

**Fecha de contratación:**

## Empresa

<b>Dirección de la oficina:</b>	<b>Suite:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>C.Postal:</b>
<b>Teléfono:</b>	<b>Fax:</b>	<b>Tipo de Negocio:</b>		

## Paso 1: Describa el incidente

<b>Fecha de la lesión:</b>	<b>Hora de la lesión:</b>	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
<b>Qué parte de la jornada laboral del empleado:</b>		<input type="checkbox"/> Realizar actividades de trabajo normales
<input type="checkbox"/> Durante el descanso	<input type="checkbox"/> Durante el período de comida	<input type="checkbox"/> Realizar actividades de trabajo normales
<input type="checkbox"/> Entrar o salir del trabajo	<input type="checkbox"/> Horas extras de trabajo	<input type="checkbox"/> Otro:
<b>Fecha de notificación del empleador:</b>	<b>Lesión notificada a:</b>	
<b>El último día trabajado:</b>	<b>Fecha de regreso al trabajo:</b>	<b>Código:</b>
<b>Ocupación de los empleados (título del trabajo) cuando se lesiona:</b>		<b>Departamento:</b>
<b>¿Se puede alojar un puesto de trabajo ligero?</b>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
<b>¿El empleado es un oficial, socio o pariente del empleador?</b>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
<b>Naturaleza de la lesión:</b>	<b>Parte del cuerpo lesionado:</b>	
<b>¿En las instalaciones de la empresa?</b>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

**Paso 1: Describa el incidente**

¿Estaba claimaint trabajando en la ubicación del cliente de su empresa?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Fecha de asignación:			
Nombre/Dirección/Ubicación del Accidente:			
Asignación de trabajo:			
¿Se pagó al empleado por el día de la lesión?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Tiempo que el empleado comenzó a trabajar:		<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM
¿Perdió el empleado al menos un día completo de trabajo después de la lesión?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Nombre del hospital o clínica:		Teléfono:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Si la validez de la reclamación es dudosa, la razón del estado:			
¿La lesión fue causada por otra persona?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <b>Nombre:</b>
¿El empleado resultó visiblemente herido?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Estaba notablemente confundido el Empleado?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿El empleado parecía intoxicado?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿El empleado ha sido reprendido recientemente?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Si otra persona no empleada por el empleador causó el accidente, dé nombre y dirección:			
Nombre del(los) testigo(s) si existe:			
Número de Adjuntos:	Declaración de testigo(s) escritos:	Fotografías:	Mapas/Dibujos:
¿Qué equipo de protección personal se estaba utilizando (si los hay)?			

Describe, paso a paso los eventos que llevaron a la lesión: (Incluya nombres de cualquier máquina, pieza, objeto, herramientas, materiales y otros detalles importantes)

**Por favor incluya cualquier comentario adicional que considere importante en una página separada.**

**Paso 2: ¿Por qué ocurrió el incidente?**

<b>Condiciones inseguras en el lugar de trabajo:</b> (Marque todas las que correspondan)	<b>Actos inseguros de personas:</b> (Marque todas las que correspondan)
<input type="checkbox"/> Guardia inadecuada	<input type="checkbox"/> Operar sin permiso
<input type="checkbox"/> Peligro sin vigilancia	<input type="checkbox"/> Funcionamiento a velocidad insegura
<input type="checkbox"/> El dispositivo de seguridad está defectuoso	<input type="checkbox"/> Equipo de servicio –energía
<input type="checkbox"/> Herramienta o equipo defectuoso	<input type="checkbox"/> Hacer un dispositivo de seguridad inoperativo
<input type="checkbox"/> El diseño de la estación de trabajo es peligroso	<input type="checkbox"/> Uso de equipos defectuosos
<input type="checkbox"/> Iluminación insegura	<input type="checkbox"/> Elevación insegura a mano
<input type="checkbox"/> Ventilación insegura	<input type="checkbox"/> Tomar una posición o postura insegura
<input type="checkbox"/> Falta de equipo de protección personal necesario	<input type="checkbox"/> Distracción, burlas, juegos de caballos
<input type="checkbox"/> Falta de equipos/herramientas adecuados	<input type="checkbox"/> No usar equipo de protección personal
<input type="checkbox"/> Ropa insegura	<input type="checkbox"/> No utilizar el equipo/herramientas disponibles
<input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> Otros:
¿El accidente involucró a empleados o equipos de cualquier otra empresa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
¿Por qué existían las condiciones inseguras?	

**Paso 2: ¿Por qué ocurrió el incidente?**

¿Por qué se produjeron los actos inseguros?

¿Había alguna base (como “el trabajo se puede hacer más rápidamente” o “el producto es menos probable que se dañe”) que puede haber alentado las condiciones o actos inseguros?  No  Si

¿Dónde se han notificado los actos o condiciones inseguros antes del incidente?  No  Si

¿Ha habido incidentes similares o casi faltas antes de éste?  No  Si

**Paso 3: ¿Cómo se pueden prevenir los incidentes futuros?**

**Qué cambia:**

<input type="checkbox"/> Detener esta actividad	<input type="checkbox"/> Proteger el peligro	<input type="checkbox"/> Capacitar al empleado(s)
<input type="checkbox"/> Capacitar al supervisor(es)	<input type="checkbox"/> Rediseñar los pasos de la tarea	<input type="checkbox"/> Rediseñar la estación de trabajo
<input type="checkbox"/> Escribir una nueva política/regla	<input type="checkbox"/> Hacer cumplir la política existente	<input type="checkbox"/> Inspeccione rutinariamente el peligro
<input type="checkbox"/> Equipo de protección personal	<input type="checkbox"/> Otros:	

¿Qué se debe hacer (o se ha hecho) para llevar a cabo las sugerencias comprobadas anteriormente?

**Paso 4: ¿Quién completó y revisó este formulario? (Imprima por favor)**

<b>Escrito por:</b>	<b>Título:</b>
<b>Departamento:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Nombres de los miembros del equipo de investigación:</b>	
<b>Reseña escrita por:</b>	<b>Título:</b>
	<b>Fecha:</b>

# Declaración de testigo

## Información General

Nombre del empleado lesionado:	Nombre del empleador:
Nombre del testigo:	Nombre del supervisor:
Posición:	Dirección:
Ciudad/Estado/Código Postal:	
Número de teléfono	
Ubicación donde se produjo el incidente:	
Fecha del incidente:	Hora del incidente:

¿Qué hacía usted (el testigo) en el momento del incidente?

¿Cómo y cuándo se dio cuenta del incidente?

¿Qué escuchaste en el momento del incidente?

¿Quién más estaba presente?

Describe lo que vio en el momento del incidente:

---

Yo, el abajo firmante, hago la siguiente declaración, voluntaria, sin amenaza, o promesa de recompensa:  
He leído mi declaración como se documentó anteriormente y lo mejor de mi conocimiento y creencia, es cierto y correcto.

---

Firma

---

Fecha