

INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE REPORTADO POR EL SUPERVISOR

Incidente/herida relacionado por ú ocurrido en el trabajo

Mande esta forma a la oficina central, al Gerente, Gerente de Riesgo o designado entre 24 horas.

Nombre del Empleado: _____

Fecha del Incidente: _____ Hora exacta del Incidente: _____

Donde ocurrió? _____
(Incl. dirección de calle o departamento/localidad del empleado durante ese tiempo.)

Nombre testigos, direcciones y numeros de telefonos, incluyendo nombre de cualquier persona que pudiera tener conocimiento del incidente, si usted sabe.

Nombre: _____ Dirección: _____ Telefono: _____

Nombre: _____ Dirección: _____ Telefono: _____

Fue usted quien llevo a el empleado al doctor? _____ Sí _____ No

Fue el empleado al doctor por su propia cuenta? _____ Sí _____ No

Por favor indique la fecha y la hora de la herida: Fecha: _____ Hora: _____

Vio usted cuando la herida actualmente ocurrió? _____ Sí _____ No

Perdio tiempo de trabajo el empleado a causa de la presunta herida, por ejemplo, no pude reportarse al trabajo el siguiente turno?

_____ Sí _____ No

Nombre el doctor que lo atendio y/o el hospital, si usted sabe.

Doctor: _____ Dirección: _____ Telefono: _____

Hospital: _____ Dirección: _____ Telefono: _____

Cuanto tiempo se espera que el empleado este fuera del trabajo, si esta fuera?

Ha regresado a trabajar el empleado? _____ Sí _____ No (hasta el dia de este reporte)

Que paso? (Describa con detalle que ocurrió o que causo que usted inicie esta investigación.)

Fecha y hora exacta cuando el empleado reporto el incidente al gerente/supervisor: _____

Si no lo reoporto el empleado herido, como se dio cuenta usted del incidente? _____

Nombre del supervisor inmediato del empleado: _____ Telefono: _____

Investigado por: _____ Titulo: _____ Fecha: _____ Telefono: _____

Fecha este reporte fue completado: _____

Fecha este reporte fue enviado a la oficina central de la compañía : _____

Firma del Empleado

Persona que completo este reporte