

Informe N°	Centro:
------------	---------

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Trabajador			
Dni			
Sexo			
Fecha 1r ingreso en la empresa			
Nacionalidad		Antigüedad acumulada:	meses
Fecha nacimiento			
Años			
Departamento			
Puesto de trabajo			
Teléfono particular			
Tipo de contrato			

2. DATOS DE LA EMPRESA

Nombre empresa	
Centro de trabajo	
Modalidad preventiva	

3. LUGAR Y/O CENTRO DE TRABAJO DONDE SE HA PRODUCIDO EL ACCIDENTE

<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	

4. DATOS DEL SUCESO /1

Tipo de suceso			
Fecha del suceso			
Fecha de la baja médica			
Día del suceso			
Hora del suceso		Hora trabajada	
Estaba realizando su trabajo habitual			
Día del último descanso			
De hace cuantas semanas			
Dispone de Ev. de riesgos del puesto			
La evaluación contempla el este riesgo			
Es una recaída		Fecha accidente inicial	

Modelo según Orden T.A.S./2926/2002

4. DATOS DEL SUCESO /2

Descripción del suceso (Breve descripción de los hechos y forma en la que se produjo el suceso)	
Tipo de lugar	
Zona donde se produce el suceso	
Observaciones del lugar	
Procesos de trabajo	
Observaciones al proceso de trabajo	
Tipo de actividad	
Observaciones al tipo de actividad	
Agente material asociado a la actividad	
Obser. al agente asociado a la actividad	
Tipo de desviación producida	
Obser. la observación producida	
Agente material asociado a la desviac.	
Observ. agente asociado a la desviac.	
Forma de contacto	
Observaciones a la forma de contacto	
Agente material causante de la lesión	
Observ. al agente causante de la lesión	
Núm. de trabajadores afectados	
Declaración del protagonista (esposición de lo que cuenta el trabajador accidentado)	
Hubo testigos	
Nombres, puestos de trabajo y teléfonos de los testigos	
Declaración de los testigos	

5. DATOS ASISTENCIALES

Descripción de la lesión	
Grado de la lesión	
Parte del cuerpo lesionada	
Ha sido necesaria su evacuación	
Lugar al que ha sido evacuado	
Ha sido asistido en un centro médico	
Nombre y detalles del centro médico	
Recon. medico de reincorporación	
Recon. medico previo (fecha)	

Modelo según Orden T.A.S./2926/2002

6. DATOS DEL ANÁLISIS DE LAS CAUSAS

Ha recibido información específica en PRL de su puesto de trabajo (art. 18 LPRL)	
Ha recibido formación específica en PRL de su puesto de trabajo (art. 19 LPRL)	
Protección colectiva disponible	
Protección colectiva necesaria	
Observaciones a la protección colectiva	
Protección individual disponible	
Protección individual necesaria	
Obs. a la protección individual	
¿Que causó directamente este accidente / incidente?	
¿Por qué se produjeron las causas anteriores?	
¿Quien tenía más control sobre las causas?	
¿Qué conclusiones se obtienen del análisis del accidente-incidente?	
¿Qué medidas preventivas y de protección deberán adoptarse?	
Valoración de la eficacia de las medidas	

7. HISTÓRICO ACCIDENTES E INCIDENTES

Ha tenido accidentes los últ. 12 meses	
¿En que puesto se produjeron?	
¿Qué operaciones realizaba?	
¿Cuáles fueron sus causas?	
¿Qué medidas se adoptaron?	

8. FECHAS Y FIRMAS

Persona que realiza el análisis del suceso:	
Nombre y apellidos	
Cargo:	
Fecha Investigación	
Fecha cumplimentación	
Revisado por:	Fdo:
Nombre y apellidos / Cargo	
Fecha revisión	
	Fdo: