

Formato: E-006-3		INFORME ACCIDENTE / INCIDENTE		N°				
A N T E C E D E N T E S	Día de la Semana <input type="text" value="L - M - M - J - V - S - D"/>	Fecha del Accidente <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>Día Mes Año</small>	<input type="checkbox"/> TURNO: D - T - N A - B - C - D <input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVO: HORA:					
	GERENCIA DEPARTAMENTO DIVISION LUGAR DEL ACCIDENTE / INCIDENTE							
	<input type="checkbox"/> REFINERIA BIO BÍO FICHA: _____							
	<input type="checkbox"/> CONTRATISTA RUT: _____ EMPRESA CONTRATISTA: _____							
	CARGO: _____ EXPERIENCIA EN EL CARGO: _____ AÑOS EXPERIENCIA LABORAL : _____ AÑOS							
D E S C R I P C I O N								
C O N S E C U E N C I A S	LESIONES (SEGÚN SERVICIO MÉDICO): LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/>							
	PERDIDAS SI HUBIEREN : DESCRIPCION.							
CLASIFICACION								
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> AL <input type="checkbox"/> APG <input type="checkbox"/> AG		<input type="checkbox"/> INCIDENTE <input type="checkbox"/> IL <input type="checkbox"/> IPG <input type="checkbox"/> IG						
TIPO ACCIDENTE								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Golpes <input type="checkbox"/> Caída a Nivel / Desnivel <input type="checkbox"/> Atrapamiento <input type="checkbox"/> Contacto con Químicos <input type="checkbox"/> Contacto con Temperaturas <input type="checkbox"/> Exposición a Llamas <input type="checkbox"/> Contacto con objetos punzantes o cortantes </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Sobreesfuerzo <input type="checkbox"/> Contacto con Corriente Eléctrica <input type="checkbox"/> Exposición a Radiación <input type="checkbox"/> Contacto Arco Eléctrico <input type="checkbox"/> Asfixia (deficiencia de O2) <input type="checkbox"/> Cortocircuito <input type="checkbox"/> Caída de objeto </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Incendio <input type="checkbox"/> Derrame <input type="checkbox"/> Fuga <input type="checkbox"/> Pérdida de Energía <input type="checkbox"/> Reactividad Química <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Transgredir un Estándar <input type="checkbox"/> Transgredir un Procedimiento </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Rotura <input type="checkbox"/> Otros: </td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Golpes <input type="checkbox"/> Caída a Nivel / Desnivel <input type="checkbox"/> Atrapamiento <input type="checkbox"/> Contacto con Químicos <input type="checkbox"/> Contacto con Temperaturas <input type="checkbox"/> Exposición a Llamas <input type="checkbox"/> Contacto con objetos punzantes o cortantes	<input type="checkbox"/> Sobreesfuerzo <input type="checkbox"/> Contacto con Corriente Eléctrica <input type="checkbox"/> Exposición a Radiación <input type="checkbox"/> Contacto Arco Eléctrico <input type="checkbox"/> Asfixia (deficiencia de O2) <input type="checkbox"/> Cortocircuito <input type="checkbox"/> Caída de objeto	<input type="checkbox"/> Incendio <input type="checkbox"/> Derrame <input type="checkbox"/> Fuga <input type="checkbox"/> Pérdida de Energía <input type="checkbox"/> Reactividad Química <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Transgredir un Estándar <input type="checkbox"/> Transgredir un Procedimiento	<input type="checkbox"/> Rotura <input type="checkbox"/> Otros:
<input type="checkbox"/> Golpes <input type="checkbox"/> Caída a Nivel / Desnivel <input type="checkbox"/> Atrapamiento <input type="checkbox"/> Contacto con Químicos <input type="checkbox"/> Contacto con Temperaturas <input type="checkbox"/> Exposición a Llamas <input type="checkbox"/> Contacto con objetos punzantes o cortantes	<input type="checkbox"/> Sobreesfuerzo <input type="checkbox"/> Contacto con Corriente Eléctrica <input type="checkbox"/> Exposición a Radiación <input type="checkbox"/> Contacto Arco Eléctrico <input type="checkbox"/> Asfixia (deficiencia de O2) <input type="checkbox"/> Cortocircuito <input type="checkbox"/> Caída de objeto	<input type="checkbox"/> Incendio <input type="checkbox"/> Derrame <input type="checkbox"/> Fuga <input type="checkbox"/> Pérdida de Energía <input type="checkbox"/> Reactividad Química <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Transgredir un Estándar <input type="checkbox"/> Transgredir un Procedimiento	<input type="checkbox"/> Rotura <input type="checkbox"/> Otros:					

ANALISIS		CAUSAS DIRECTAS (SINTOMAS)		
ACCIONES INSEGURAS				
<input type="checkbox"/> Operar inadecuadamente equipo; energizado o en movimiento <input type="checkbox"/> Falla en uso de equipo de protección personal <input type="checkbox"/> Jugarretas, distracción, peleas <input type="checkbox"/> Desatención en camino y alrededores <input type="checkbox"/> Desactivar dispositivos de seguridad <input type="checkbox"/> Posición o postura insegura <input type="checkbox"/> Errores en manejo de vehículo <input type="checkbox"/> No almacenar adecuadamente <input type="checkbox"/> No analizar riesgos <input type="checkbox"/> Falla para asegurar o advertir <input type="checkbox"/> Uso indebido de mano u otras partes del cuerpo <input type="checkbox"/> Desviarse de los procedimientos o estándares	<input type="checkbox"/> Procedimiento inadecuado de soldaduras o corte <input type="checkbox"/> Operar o trabajar a velocidad insegura <input type="checkbox"/> Omisión <input type="checkbox"/> No solicitar P.T.E. <input type="checkbox"/> P.T.E. mal extendido <input type="checkbox"/> No realizar A.S.R <input type="checkbox"/> Otros:			
CONDICIONES INSEGURAS				
<input type="checkbox"/> Mantenimiento inadecuado <input type="checkbox"/> Almacenamiento defectuoso <input type="checkbox"/> Fabricación o instalación defectuosa <input type="checkbox"/> "Layout" o diseño defectuoso <input type="checkbox"/> Vestimenta o equipos defectuosos <input type="checkbox"/> Dispositivo de seguridad en mal estado	<input type="checkbox"/> Iluminación defectuoso <input type="checkbox"/> Falta de sistema de advertencia <input type="checkbox"/> Protección inadecuada <input type="checkbox"/> Riesgos de posición <input type="checkbox"/> Orden y Aseo <input type="checkbox"/> Lluvia o tiempo	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otros :		
ANALISIS		CAUSAS ORIGEN (BASICAS)		
CAUSA INDIRECTAS				
NO SABE (Falta de conocimientos o incompletos)	NO PUEDE (Habilidades y/o destrezas disminuidas)	NO QUIERE (Actitud impropia)		
CAUSAS SUBYACENTES				
1. 2.				
PREVENCION	ACCIONES CORRECTIVAS TOMADAS Y/O RECOMENDADAS			
1. 2.				
PREVENCION	RESPONSABLES DE LA EJECUCION DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS TOMADAS			
	Fecha	N° OT	CC	Recursos Comprometidos
1.				
2.				
3.				
4.				
APROBADO POR: EQUIPO INVESTIGADOR				
NOMBRE	FICHA	FIRMA		