

Investigación de accidentes

Ley 24.557



Tienda N°:

Dirección:

fecha:



DATOS GENERALES DEL LUGAR DE TRABAJO:			
Dirección / Región:			
Establecimiento:		Sector:	
DATOS DEL ACCIDENTADO:			
Apellido y Nombres:		Legajo N°	
Edad:	Nivel:	Antigüedad en la Empresa:	Antigüedad en la Tarea:
Tarea habitual:		Tarea al momento del accidente:	
Horario de trabajo:		Turno:	
Superior inmediato:			
ACCIDENTES ANTERIORES:			
Fecha:		Fecha:	
Tipo de accidente:		Tipo de accidente:	
Lesión sufrida:		Lesión sufrida:	
DATOS DEL ACCIDENTE:			
Fecha:	Hora:	Día de la semana:	
Lugar del accidente (Sector / Nombre de calle):			
Tipo de accidente:		Acto Inseguro <input type="checkbox"/> Condición Insegura <input type="checkbox"/>	
Laboral <input type="checkbox"/> In Itinere <input type="checkbox"/>			
Testigo (AyN - N° Legajo):			
Forma del accidente (Por ej.: Caída a igual o distinto nivel, golpe, cortado por, cuerpo extraño en ojo, etc.):			
Parte del cuerpo lesionado (Dónde?):			
Agente causante de la lesión (Qué lo causó?):			
Elementos de protección personal utilizados al momento del accidente:			
Ropa de trabajo <input type="checkbox"/>	Calzado de Seg <input type="checkbox"/>	Casco <input type="checkbox"/>	Guantes <input type="checkbox"/> Prot Visual <input type="checkbox"/> Otros: _____
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:			
Qué trabajo se estaba realizando?			
Cómo se produjo el accidente?:			
ANÁLISIS DEL ACCIDENTE:			
Posibilidad de repetición del accidente:			
Frecuente <input type="checkbox"/>	Habitual <input type="checkbox"/>	Ocasional <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>
Qué actos v/o condiciones inseguras intervinieron?			
Qué razones hacen que existan estas condiciones ó actos inseguros?			

ACCIONES PARA EVITAR LA REPETICION DEL ACCIDENTE:				
A COMPLETAR POR EL SUPERIOR INMEDIATO DEL ACCIDENTADO	Acción de Mejora	Responsable (Nombre y Apellido)	Plazo de ejecución	Firma del Responsable
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LABORAL:				
A COMPLETAR POR EL MEDICO DEL AREA DEL ACCIDENTADO	Accidentes anteriores:		Caso Leve <input type="radio"/>	Caso Grave <input type="radio"/>
	Fecha	Lesión sufrida	Días perdidos	Fecha derivación a la ART:
				Días perdidos estimados:
				Fecha de Alta estimada:
				Preexistencia relacionada con el accidente:
	Diagnóstico definitivo:			Se deriva a Servicio Social?: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
	Fecha: Firma y sello del Médico interviniente:			
	HIGIENE Y SEGURIDAD:			
	Elementos de protección personal necesarios para la tarea: Ropa de trabajo <input type="checkbox"/> Calzado de Seg <input type="checkbox"/> Casco <input type="checkbox"/> Guantes <input type="checkbox"/> Prot Visual <input type="checkbox"/> Otros: _____			
	Observaciones:			
Fecha: Firma y sello del Responsable de HyS del Área:				
FIRMAS:				
UNA VEZ COMPLETO REMITIR A HIGIENE Y SEGURIDAD DEL AREA	Accidentado	Firma:		
	Testigo (Nombre y Apellido / N° Legajo):	Firma:	Observaciones:	
	Investigado por:	Firma:	Observaciones:	
	Fecha:			
	Jefe inmediato del accidentado:	Firma:	Observaciones:	
	Fecha:			
	Director / Gerente del sector del accidentado:	Firma:	Observaciones:	
	Fecha:			
Jefe de RRHH:	Firma:	Observaciones:		
Fecha:				

Pasos a seguir:

- 1) Comunicar prontamente la novedad a la Aseguradora de Riesgo del Trabajo. Seguir sus instrucciones.
- 2) Avisar de inmediato al Servicio Médico y a Higiene y Seguridad del Área.
- 3) Investigar el accidente y completar este formulario (lo debe hacer el Superior inmediato del accidentado)
- 4) Remitir a Higiene y Seguridad del área el original de esta planilla.