

	REPORTE PRELIMINAR DE ACCIDENTE, INCIDENTE		PSPC-100-X-PR-006-FR-001 Revisión: 0 Emisión: 30/05/19 Página: 1 de 1
	Y ENFERMEDAD OCUPACIONAL		
Proyecto / Sede :	-1	Cliente	

TIIFICACIÓN DEL ACCIDENTE/INCIDENTE/ENFERMEDAD OCUPACIONAL

<input type="checkbox"/>	Daño Material < 500 \$	<input type="checkbox"/>	(F.A.C) Caso de Primeros Auxilios
<input type="checkbox"/>	Daño Material > 500 \$	<input type="checkbox"/>	(M.T.O) Accidente Con Tratamiento Médico
<input type="checkbox"/>	Derrame de Hidrocarburos < 2 m3	<input type="checkbox"/>	(R.W.C) Accidente Con Trabajo Restringido
<input type="checkbox"/>	Derrame de Hidrocarburos > 2 m3	<input type="checkbox"/>	(L.T.I) Accidente Con Pérdida de Jornada
<input type="checkbox"/>	Accidente Vehicular con Herido	<input type="checkbox"/>	(F.T.L) Fatalidad
<input type="checkbox"/>	Accidente Vehicular sin Herido	<input type="checkbox"/>	Incidente
<input type="checkbox"/>	Accidente Vehicular < 500 \$	<input type="checkbox"/>	(E.O) Enfermedad Ocupacional
<input type="checkbox"/>	Accidente Vehicular > 500 \$		

* Los Accidentes Vehiculares con Herido deberán ser clasificados acorde de la gravedad del daño material (\$) y gravedad de la lesión (F.A.C, M.T.O, R.W.C, L.T.I, F.T.L)

LUGAR Y HORA DEL ACCIDENTE/INCIDENTE/ENFERMEDAD OCUPACIONAL

Lugar :
 Fecha: 04/11/2020
 Hora: 15:19:00

LUGAR Y HORA DEL ACCIDENTE/INCIDENTE/ENFERMEDAD OCUPACIONAL

NOMBRE DE LA PERSONA INVOLUCRADA:
 DNI/CE :
 SEXO: MASCULINO
 EDAD : 0
 CUENTA CON SEGURO (SI/NO) ESPECIFICAR:
 LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:
 DOMICILIO:
 ESTADO CIVIL: CASADO
 DEPARTAMENTO :
 PROVINCIA:
 DISTRITO:
 CARGO:
 INSTRUCCION:

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE/INCIDENTE/ENFERMEDAD OCUPACIONAL

(Incluyendo nombres y cargos de las personas involucradas)

ACCIONES INMEDIATAS DESPUES DEL ACCIDENTE/INCIDENTE/ENFERMEDAD OCUPACIONAL

(Atención médica, evacuación, reparación de daños materiales, acciones correctivas, etc)

ELABORADO POR: RONALD FRANCISCO CARBONELL TORRES

EVIDENCIA FOTOGRAFICA: