|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.**  **Identificación** | Nombre del empleado: | | | **Número de empleado:** | | | | **Puesto:**  **N° Consecutivo**  ***# / Año*** | | | | |
| **Fecha del Incidente:** | **Hora:** AM / PM | | **Día del Reporte:** *(en caso de ser diferente a la fecha del incidente)* | | | | | | | | |
| **Unidad operativa:**  **Ciudad:**  **Estado/Provincia:**  **País:** | | | | | | **Lugar del Incidente:** *(ej.: área , operación, equipo)* | | | | | |
| **2.**  **Tipo de Accidente / Incidente** | **Tipo de Accidente**   Fatal  Daño a la propiedad (sin lesiones)  Ambiental   Accidente Incapacitante (grave)  Emergencias por fuego, explosión, fuga  Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Accidente No Incapacitante (Leve) | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
|  | **Tipo de Contacto**   Atrapado por, en, entre, sujeto o aplastado  Objeto caído  Esfuerzo excesivo, repetitivo, sobretensión   Contacto con objeto filoso  Sustancia tóxica / no toxica  Caída al mismo nivel / diferente nivel   Contacto con electricidad, calor, frío, radiación  Golpeado por, contra  Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **Reporte Médico:** *para uso exclusivo del área médica interna*  Describir todas las lesiones encontradas en el trabajador, plan de atención y seguimiento | | | | | | | | | | | |
| **Costo medicamento y material** | | **Costo Incapacidad y otros** | | | | | | **Costo real del accidente** | | | |
| **3.**  **Descripción del incidente** | *Describa con claridad CÓMO ocurrió el accidente/ incidente. ¿Foto anexa?* *Si*  *No* | | | | | | | | | | | |
|  | *Describir cualquier acción inmediata tomada derivada del accidente/ incidente* | | | | | | | | | | | |
| **4.**  **Potencialidad de lesión** | **Potencialidad de Severidad / Daño**   Alto  Medio  Bajo | | | | **La exposición potencial a otros empleados**   Alto  Medio  Bajo | | | | | | | |
| **5.**  **Área Lesionada & Tipo** | *En caso de haber ocurrido una lesión, señalar el lugar y el tipo de herida.*     Contusión  Fractura  Quemadura  Cortada  Cuerpo Extraño   Dolor  Punción  Torcedura  Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **6.**  **Factores que Contribuyeron** | ***Describir que contribuyó al accidente / incidente*** *incluyendo factores humanos (ej. conocimiento, habilidades, comunicación, problemas personales ajenos a la actividad, actos inseguros, etc.), equipo, material, proceso (ej. disposición, procedimientos) y factores ambientales (ej. condiciones del lugar de trabajo, otros trabajadores).* | | | | | | | | | | | |
| **7.**  **Causa Raíz** | **Qué provocó el accidente / incidente**? Por cada incidente pegunta “porqué” al menos 3 a 5 veces para identificar la causa raíz.  *Qué pasó…...*  ¿Por qué?  ¿Por qué?  ¿Por qué?  ¿Por qué?  ¿Por qué? | | | | | | | | | | | |
| **8.**  **Acciones correctivas**  *Evalué si las acciones implementadas pueden causar nuevos peligros*  Registre acciones que sigan esa dirección la raíz y los factores que contribuyen pero no crea un nuevo peligro.  *Considere también acciones que apliquen en procesos similares dentro de la planta y en aplicación a otras plantas.* | **Acciones:** | | | | | **Responsable de la acción** | | | | **Fecha compromiso** | | **Fecha concluida** |
| **9.**  **Investigación** | **Reporte Realizado por:** | | | | | **Firma:** | | | | | **Fecha:** | |
| **Nombre del Miembro de CSH:** | | | | | **Firma:** | | | | | **Fecha:** | |
| **Nombre del Empleado lesionado:** | | | | | **Firma:** | | | | | **Fecha:** | |
| **10.**  **Revisión**  *Llenado el formulario se debe archivar en el depto. de CH-HSA* | **Nombre del Gerente del área involucrada:** | | | | | **Firma:** | | | | | **Fecha:** | |
| **Nombre del Coordinador de la CSH:** | | | | | **Firma:** | | | | | **Fecha:** | |
| **Nombre del Supervisor del área:** | | | | | **Firma:** | | | | | **Fecha:** | |