



Formularios de investigación de accidentes

El empleado lesionado, el supervisor y todos los testigos del accidente deben completar los formularios/declaraciones de investigación de accidente. Capacite a sus supervisores para que lleven a cabo la investigación preliminar tan pronto como sea posible.

INCLUYE:

- Formulario de informe de lesión del empleado
- Formulario de declaración de testigo de accidente
- Formulario de investigación de accidente del supervisor

¿QUÉ SUCEDE SI MI EMPLEADO LESIONADO ES FÍSICAMENTE INCAPAZ DE COMPLETAR EL INFORME DE LESIÓN DEL EMPLEADO?

Use el sentido común y el buen juicio. Si la lesión es grave, recuerde que la salud y el cuidado de su empleado están en primer lugar. Si es posible, solicítele que complete el formulario en un momento posterior, más apropiado, cuando el empleado se encuentre en condiciones físicas que le permitan documentar el accidente.

¿QUÉ SUCEDE SI MI EMPLEADO SE NIEGA A COMPLETAR O FIRMAR UN INFORME DE LESIÓN DEL EMPLEADO?

Por supuesto, usted no puede obligar a un empleado a completar el documento. Sin embargo, puede hacer hincapié en la importancia de obtener su versión del accidente para determinar de manera precisa lo sucedido y ayudar a evitar que el accidente vuelva a ocurrir. Además, obtenga el informe del supervisor, así como las declaraciones de todos los testigos.

¿QUÉ SUCEDE SI MI EMPLEADO HA CONTRATADO A UN ABOGADO? ¿PUEDO DE TODOS MODOS PEDIRLE AL EMPLEADO LESIONADO QUE LLENE UN INFORME DE LESIÓN DEL EMPLEADO?

Sí. Usted, el empleador, como parte del plan de gestión de accidentes de su compañía, de todos modos puede pedirle al empleado que llene el formulario de informe.

IMPORTANTE:

Se debe tener cuidado en cuanto a garantizar que la investigación determine los hechos, no las faltas. La obtención de declaraciones firmadas tan pronto como sea posible después de un accidente asegura que usted, el empleador, tenga un informe exacto de cómo ocurrió la lesión. Estas declaraciones completadas son importantes para ayudar a corregir los riesgos y evitar que el accidente se repita. También ayudan a detectar la posible responsabilidad de terceros, así como las posibles reclamaciones fraudulentas. Después de completar estos formularios, ¿qué hago con ellos? Por favor, envíe los formularios completados a su Ajustador de Reclamaciones y guarde una copia para sus archivos. Estos formularios completados pueden proporcionar información valiosa en la investigación de reclamaciones de una lesión y en el desarrollo de la defensa en caso de una audiencia de compensación laboral

¿NECESITA AYUDA?

Si desea obtener ayuda para programar la capacitación de supervisión sobre el uso de estos formularios, por favor comuníquese con su Ajustador de Reclamaciones o Consultor de Gestión de Seguridad de HRSP llamando al 210-756-5409.



Informe de lesión del empleado

Titular de la póliza: _____

N.º de la póliza: _____

DEBE SER COMPLETADO ÚNICAMENTE POR EL EMPLEADO

Nombre del empleado: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Hombre _____ Mujer _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ N.º de teléfono particular: _____

Estado civil: _____ Estatura/Peso: _____ pies / _____ libras Mano Dominante: _____

Dirección residencial: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Puesto de trabajo actual: _____ Antigüedad en este empleo: _____

N.º de Seguro Social: _____-_____-_____ Salario semanal: _____

Ubicación del accidente: _____
Dirección y ubicación del accidente (muelle de carga, cuarto de baño, etc.)

Fecha del accidente: ____/____/____ Hora del accidente: _____

Describe detalladamente cómo ocurrió el accidente (incluidos los eventos que ocurrieron inmediatamente antes del mismo): _____

Describe la lesión corporal que sufrió (sea específico acerca de la parte o las partes del cuerpo afectadas): _____

Recomendación sobre cómo evitar que este accidente se repita: _____

Nombre del supervisor: _____ N.º de teléfono: _____
Apellido Nombre

Nombre(s) del (de los) testigo(s): _____ N.º de teléfono: _____
(Anexe el (los) informe(s) del (de los) testigo(s))

¿Cuándo informó del accidente a su supervisor? _____

¿A quién informó de la lesión? _____ ¿Necesita atención médica? Sí _____ No _____ Tal vez _____

Nombre del médico a cargo del tratamiento: _____ N.º de teléfono: _____

Firma del empleado: _____ Fecha: _____
Nota: la forma debe estar firmado a mano.

Se pueden hacer copias del formulario, según sea necesario.

Declaración de testigo de accidente

Titular de la póliza: _____

N.º de la póliza: _____

DEBE SER COMPLETADA POR EL TESTIGO DEL ACCIDENTE

Nombre del empleado lesionado: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Nombre del testigo: _____ N.º de tel. _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Puesto de trabajo del testigo: _____ Antigüedad en este empleo _____

¿El testigo tiene alguna relación con el empleado lesionado? Sí ___ No ___ En caso afirmativo, ¿cuál? _____

Dirección residencial del testigo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Ubicación del accidente: _____
Dirección y ubicación del accidente (muelle de carga, cuarto de baño, etc.)

Fecha del accidente: ___/___/___ Hora del accidente: _____

Describa detalladamente cómo ocurrió el accidente (incluidos los eventos que ocurrieron inmediatamente antes del mismo): _____

Describa la lesión corporal que sufrió (sea específico acerca de la parte o las partes del cuerpo afectadas):

Recomendación sobre cómo evitar que este accidente se repita: _____

Nombre del supervisor del testigo: _____ N.º de teléfono: _____
Apellido Nombre

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Nota: la forma debe estar firmado a mano.

Se pueden hacer copias del formulario, según sea necesario.

Formulario de investigación de accidente del supervisor

Titular de la póliza: _____

N.º de la póliza: _____

DEBE SER COMPLETADO POR EL SUPERVISOR DEL EMPLEADO U OTRO DIRECTIVO ADMINISTRATIVO A CARGO

Fecha del accidente: ____/____/____ Hora del accidente: _____ Instalaciones del empleador: Sí ____ No ____ Lugar de trabajo: Sí ____ No ____

Empleado ____ No empleado ____ Si no es empleado, especifique _____

Ubicación donde ocurrió el accidente _____ ¿Quién resultó lesionado? _____

Antigüedad dentro de la compañía: _____ ¿Cuánto tiempo ha trabajado el empleado en el trabajo donde sufrió la lesión o contrajo la enfermedad? _____

Puesto de trabajo u ocupación: _____ Nombre del departamento de asignación habitual: _____

¿Qué propiedades/equipos resultaron dañados? _____ Propiedades/equipos de propiedad de: _____

¿Qué estaba haciendo el empleado cuando sufrió la lesión/contrajo la enfermedad? ¿Qué máquina o herramienta estaba siendo usada? ¿Qué tipo de operación? _____

¿Parte del cuerpo afectada/lesionada? _____

¿Alguna condición de salud física anterior? En caso afirmativo, ¿cuál? _____

Naturaleza y magnitud de la lesión/enfermedad y propiedades dañadas (sea específico): _____

¿Cómo sufrió la lesión/contrajo la enfermedad? Haga una lista de todos los objetos y sustancias involucrados. _____

¿Fue el accidente el resultado de la negligencia de otra parte? En ese caso, nombre la parte negligente: _____

¿Tiene inquietudes acerca de este supuesto accidente o lesión? Sí ____ No ____ En caso afirmativo, especifique: _____

POR FAVOR, INDIQUE TODO LO SIGUIENTE QUE CONTRIBUYÓ A LA LESIÓN O ENFERMEDAD

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No adhesión a cierre patronal | <input type="checkbox"/> Mantenimiento inadecuado | <input type="checkbox"/> Equipos de protección inadecuados |
| <input type="checkbox"/> Sin asegurar | <input type="checkbox"/> Falta de capacitación o habilidad | <input type="checkbox"/> Dispositivo de seguridad inoperante |
| <input type="checkbox"/> Juegos pesados | <input type="checkbox"/> Operación sin autorización | <input type="checkbox"/> Operaciones de orden y limpieza deficientes |
| <input type="checkbox"/> Indumentaria inadecuada | <input type="checkbox"/> Equipos poco seguros | <input type="checkbox"/> Mala ventilación |
| <input type="checkbox"/> Vigilancia inadecuada | <input type="checkbox"/> Posición poco segura | <input type="checkbox"/> Arreglo o proceso poco seguro |
| <input type="checkbox"/> Instrucción inadecuada | <input type="checkbox"/> Impedimento físico o mental | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Acción correctiva del supervisor para garantizar que este tipo de accidente no se repita: _____

¿El empleado recibió capacitación en lo que respecta al uso apropiado de equipos de protección personal/procedimientos de seguridad adecuados?.....Sí ____ No ____

¿Estaba el empleado usando los equipos de protección personal apropiados/procedimientos de seguridad adecuados en ese momento?Sí ____ No ____

¿El empleado informó oportunamente sobre la lesión/enfermedad?.....Sí ____ No ____

¿Hay tareas modificadas disponibles?.....Sí ____ No ____

Nombre del supervisor: _____ N.º de teléfono: _____

Firma del supervisor: _____ Fecha: _____

Nota: la forma debe estar firmado a mano.