

INFORME DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES

EMPRESA:	SEDE:	LUGAR DEL INCIDENTE:
FECHA:	HORA:	TIPO: Accidente – Cuasi-accidente

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR:

Nombre:	Edad:
Cargo:	Antigüedad en el cargo:
Parte del cuerpo lesionada:	Antigüedad en la Empresa:

DAÑOS MATERIALES:

Equipos/Edificios/Materiales u otro bien dañado :
Costos estimados:
Naturaleza del daño:

DESCRIPCION DEL INCIDENTE/ACCIDENTE:

PELIGROS Y CAUSAS DEL INCIDENTE/ACCIDENTE:

PROBABILIDAD Y CONSECUENCIAS:

PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			CONSECUENCIAS PROBABLES		
Alta	Media	Baja	Grave	Seria	Leve

SUGERENCIAS PARA EVITAR REPETICION DEL INCCIDENTE/ACCIDENTE:

SUGERENCIAS	Responsable ejecución	Fecha en que se IMPLEMENTÓ la recomendación

Nombre y firma responsable cierre investigación <small>** Debe firmarse sólo cuando la investigación se halla cerrado</small>	FECHA DE CIERRE INVESTIGACIÓN <small>** La fecha de cierre es cuando se implementa la última recomendación</small>
---	--

NOMBRE, CARGO Y FIRMA INVESTIGADOR: _____
FECHA: _____