

	REGISTRO INMEDIATO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO						Código : FORSST-05	
							Emisión:9-02-2017	
							Versión:02	
							Página: 1 de 2	
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA PERSONA AFECTADA	FECHA DEL REPORTE			FECHA DEL INCIDENTE O ACCIDENTE			HORA DEL INCIDENTE O ACCIDENTE	
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	AM	PM
AREA/LUGAR DONDE SE PRODUCE EL ACCIDENTE	CIUDAD		PROVINCIA			TRABAJADOR QUE PERTENECE A LA INSTITUCION		
						TRABAJADOR QUE PERTENECE A OTRA INSTITUCIÓN		
TIPO DE ACCIDENTE		EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL QUE UTILIZABA DURANTE EL ACCIDENTE:						
INCIDENTE		MASCARRILLA		GUANTES		GAFAS		TAPONES AUDITIVOS
ACCIDENTE MORTAL		CASCO		BOTAS DE SEGURIDAD		OTROS:		
ACCIDENTE SIN BAJA		ENUMERAR MATERIALES QUE SE DAÑARON DURANTE EL ACCIDENTE.						
ACCIDENTE CON BAJA								
ACCIDENTE IN ITINERE								
ACCIDENTE CON DAÑOS MATERIALES								
NOMBRES DE LAS PERSONAS AFECTADAS :								
NOMBRES DE LOS TESTIGOS DEL ACCIDENTE:								
DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL ACCIDENTE. (CAUSAS POR LAS QUE SE PRODUCE EL ACCIDENTE, COMO PASO, LESIONES QUE PRESENTAN LOS AFECTADOS)								
ACCION INMEDIATA:	PRIMEROS AUXILIOS		SI NO		ATENDIDO POR:			
	TRASLADADO AL HOSPITAL		TRASLADADO AL DISPENSARIO		TRASLADADO AL DOMICILIO			
	NOMBRE DE LA PERSONA QUE LE ACOMPAÑA:					NUMERO DE TELEFONO:		
NOMBRE DE LA PERSONA QUE REPORTA:	NUMERO DE TELEFONO/CELULAR:		DIRECCIÓN			FIRMA		
ESTE DOCUMENTO DEBE SER ENTREGADO EN LA UNIDAD DE SEGURIDAD Y SALUD DE LA ESPOCH, MAXIMO EN DOS DIAS LABORABLES POSTERIOR AL ACCIDENTE.								



REGISTRO INMEDIATO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO

Código : FORSST-05

Emisión:9-02-2017

Versión:02

Página: 2 de 2

REGISTRAR FOTOGRAFIAS DE L ACCIDENTE O INCIDENTE.

ESTE DOCUMENTO DEBE SER ENTREGADO EN LA UNIDAD DE SEGURIDAD Y SALUD DE LA ESPOCH, MAXIMO EN DOS DIAS LABORABLES POSTERIOR AL ACCIDENTE.



REGISTRO INMEDIATO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO

Código : FORSST-05

Emisión:

Versión:

Página: 1 de 2

INSTRUCTIVO

En este informe no se puede dejar espacios vacíos, si no hay información que se deba agregar poner la palabra Ninguno.

1.-**NOMBRES Y APELLIDOS DE LA PERSONA AFECTADA.**-Colocar los nombres y apellidos de la persona que sufrió el accidente laboral.

2.-**FECHA DEL REPORTE.**- Escribir día, mes, año que se recoge información en este formulario.

3.-**FECHA DE INCIDENTE O ACCIDENTE.**- Escribir día, mes, año en el que sucedió el accidente laboral.

4.-**HORA DEL INCIDENTE O ACCIDENTE.**- Escribir la hora y minutos que ocurrió el accidente o Incidente.

5.- **AREA/LUGAR DONDE SE PRODUCE EL ACCIDENTE.**-Indique de forma específica el lugar donde se produjo el accidente, o puede relacionar dicho lugar con un área o edificio cercano.

6.- **CIUDAD.**- En que Ciudad se produjo el Incidente o accidente.

7.-**PROVINCIA.**- En qué Provincia se produjo el incidente o Accidente.

8.- **TRABAJADOR QUE PERTENECE A LA INSTITUCION.**-Persona que labora y pertenece esta Institución.

9.- **TRABAJADOR QUE PERTENECE A OTRA INSTITUCION.**-Persona que no pertenece a esta Institución pero se encontraba dentro de la misma prestando sus servicios.

10.- TIPO DE ACCIDENTE

INCIDENTE.-Suceso que tuvo el potencial de ser accidente.

ACCIDENTE MORTAL.-Accidente en el cual el trabajador tuvo consecuencias mortales.

ACCIDENTE SIN BAJA.-Accidente en el cual el trabajador sufre lesiones pero le permite continuar realizando su trabajo tras recibir asistencia.

ACCIDENTE CON BAJA.- Accidente en el cual el trabajador sufre lesiones las cuales no le permiten continuar realizando su trabajo y debe ausentarse al menos un día de su puesto de trabajo, sin contar con el día del accidente.

ACCIDENTE IN ITINERE.-Cuando el trabajador sufre un accidente durante el trayecto que tuviere entre las horas de entrada y salida del sitio de trabajo. Dicho trayecto no puede ser modificado por actividades personales.

ACCIDENTE CON DAÑOS MATERIALES.-Accidente en el que hay pérdidas materiales o daños en equipos o infraestructura.

11.- **EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL QUE UTILIZABA DURANTE EL ACCIDENTE.**-Poner una X en el equipo de protección que utilizaba el trabajador en el accidente y escribir otros equipos de protección que estuvo utilizando.

12.- **ENUMERAR MATERIALES QUE SE DAÑARON DURANTE EL ACCIDENTE.**-Escribir que materiales, equipos o infraestructura sufrieron daños.

13.- **NOMBRES DE LAS PERSONAS AFECTADAS.**- Nombres de todas las personas que también resultaron afectadas en el accidente.

14.- **NOMBRES DE LOS TESTIGOS DEL ACCIDENTE.**-Nombres y apellidos de las personas que estuvieron presentes en el accidente o tienen conocimiento de este.

15.- **DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL ACCIDENTE.**- Que causas pudieron originar el accidente, como sucedió el accidente, que lesiones presenta el trabajador, en que parte del cuerpo, tiene pérdida o no de conocimiento, etc.

16.- **ACCION INMEDIATA.**- Recibe primeros Auxilios, el nombre de la persona que le da estos primeros auxilios. Fue llevado al hospital, dispensario, domicilio quien le acompañó poner nombre y número de teléfono.

17.- **NOMBRE DE LA PERSONA QUE REPORTA.**-Nombres, apellidos, N° de teléfono, dirección, firma de la persona que llena el informe.

18.- **REGISTRAR FOTOGRAFIAS DEL ACCIDENTE O INCIDENTE Y ENTREGAR ESTE DOCUMENTO EN LA UNIDAD DE SEGURIDAD Y SALUD.**