

Informe de investigación de accidentes del empleador

COMPLETE Y ENVÍE POR FAX O CORREO ELECTRÓNICO ESTE INFORME DENTRO DE LAS 24 HORAS DESDE EL MOMENTO DEL ACCIDENTE..

2425 Commerce Ave., Suite 300, Duluth, GA 30096 | Phone: 480-376-0677

Los clientes designados supervisor deben notificar a Insured Solutions (en este formulario) de cada lesión o enfermedad sufrida por un empleado, que surja de y en el curso del empleo.

Rellene este formulario haciendo clic en los campos y escribiendo la información adecuada en cada línea.

Por favor complete este formulario tan pronto como sea posible después de que ocurra un incidente que resulte en lesiones graves o enfermedades.

(Opcional: Utilícelo para investigar una lesión menor o una falta cercana que podría haber causado una lesión o enfermedad grave.)

Este es un informe de: Muerte Tiempo perdido Sólo visita al Dr. Solo primeros auxilios Pérdida cercana

Date of Incident:

Empleado

Apellido:	Primer nombre:	Inicial Segundo nombre:	Número del Seguro Social:
Dirección:	Apt:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Número de Teléfono:	Fecha de nacimiento:	Departamento:	

Historial de Reclamos

¿Tiene el Empleado alguna Reclamación de Compensación laboral anterior? No Si

En caso afirmativo, proporcione los detalles a continuación, como la fecha de reclamación y el tipo de lesión.

Empleador

Empleador actual: Insured Solutions Inc.

Nombre de la empresa: **Fecha de contratación:**

Empresa

Dirección de la oficina:	Suite:	Ciudad:	Estado:	C.Postal:
Teléfono:	Fax:	Tipo de Negocio:		

Paso 1: Describa el incidente

Fecha de la lesión:	Hora de la lesión:	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Qué parte de la jornada laboral del empleado:		<input type="checkbox"/> Realizar actividades de trabajo normales
<input type="checkbox"/> Durante el descanso	<input type="checkbox"/> Durante el período de comida	<input type="checkbox"/> Realizar actividades de trabajo normales
<input type="checkbox"/> Entrar o salir del trabajo	<input type="checkbox"/> Horas extras de trabajo	<input type="checkbox"/> Otro:
Fecha de notificación del empleador:	Lesión notificada a:	
El último día trabajado:	Fecha de regreso al trabajo:	Código:
Ocupación de los empleados (título del trabajo) cuando se lesiona:		Departamento:
¿Se puede alojar un puesto de trabajo ligero?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿El empleado es un oficial, socio o pariente del empleador?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Naturaleza de la lesión:	Parte del cuerpo lesionado:	
¿En las instalaciones de la empresa?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

Paso 1: Describa el incidente

¿Estaba claimaint trabajando en la ubicación del cliente de su empresa?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Fecha de asignación:			
Nombre/Dirección/Ubicación del Accidente:			
Asignación de trabajo:			
¿Se pagó al empleado por el día de la lesión?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Tiempo que el empleado comenzó a trabajar:		<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM
¿Perdió el empleado al menos un día completo de trabajo después de la lesión?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Nombre del hospital o clínica:		Teléfono:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Si la validez de la reclamación es dudosa, la razón del estado:			
¿La lesión fue causada por otra persona?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿El empleado resultó visiblemente herido?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Estaba notablemente confundido el Empleado?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿El empleado parecía intoxicado?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿El empleado ha sido reprendido recientemente?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Si otra persona no empleada por el empleador causó el accidente, dé nombre y dirección:			
Nombre del(los) testigo(s) si existe:			
Número de Adjuntos:	Declaración de testigo(s) escritos:	Fotografías:	Mapas/Dibujos:
¿Qué equipo de protección personal se estaba utilizando (si los hay)?			

Describa, paso a paso los eventos que llevaron a la lesión: (Incluya nombres de cualquier máquina, pieza, objeto, herramientas, materiales y otros detalles importantes)

Por favor incluya cualquier comentario adicional que considere importante en una página separada.

Paso 2: ¿Por qué ocurrió el incidente?

Condiciones inseguras en el lugar de trabajo: (Marque todas las que correspondan)	Actos inseguros de personas: (Marque todas las que correspondan)
<input type="checkbox"/> Guardia inadecuada	<input type="checkbox"/> Operar sin permiso
<input type="checkbox"/> Peligro sin vigilancia	<input type="checkbox"/> Funcionamiento a velocidad insegura
<input type="checkbox"/> El dispositivo de seguridad está defectuoso	<input type="checkbox"/> Equipo de servicio –energía
<input type="checkbox"/> Herramienta o equipo defectuoso	<input type="checkbox"/> Hacer un dispositivo de seguridad inoperativo
<input type="checkbox"/> El diseño de la estación de trabajo es peligroso	<input type="checkbox"/> Uso de equipos defectuosos
<input type="checkbox"/> Iluminación insegura	<input type="checkbox"/> Elevación insegura a mano
<input type="checkbox"/> Ventilación insegura	<input type="checkbox"/> Tomar una posición o postura insegura
<input type="checkbox"/> Falta de equipo de protección personal necesario	<input type="checkbox"/> Distracción, burlas, juegos de caballos
<input type="checkbox"/> Falta de equipos/herramientas adecuados	<input type="checkbox"/> No usar equipo de protección personal
<input type="checkbox"/> Ropa insegura	<input type="checkbox"/> No utilizar el equipo/herramientas disponibles
<input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> Otros:
¿El accidente involucró a empleados o equipos de cualquier otra empresa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
¿Por qué existían las condiciones inseguras?	

Paso 2: ¿Por qué ocurrió el incidente?

¿Por qué se produjeron los actos inseguros?

¿Había alguna base (como “el trabajo se puede hacer más rápidamente” o “el producto es menos probable que se dañe”) que puede haber alentado las condiciones o actos inseguros? No Si

¿Dónde se han notificado los actos o condiciones inseguros antes del incidente? No Si

¿Ha habido incidentes similares o casi faltas antes de éste? No Si

Paso 3: ¿Cómo se pueden prevenir los incidentes futuros?

¿Qué cambia:

<input type="checkbox"/> Detener esta actividad	<input type="checkbox"/> Proteger el peligro	<input type="checkbox"/> Capacitar al empleado(s)
<input type="checkbox"/> Capacitar al supervisor(es)	<input type="checkbox"/> Rediseñar los pasos de la tarea	<input type="checkbox"/> Rediseñar la estación de trabajo
<input type="checkbox"/> Escribir una nueva política/regla	<input type="checkbox"/> Hacer cumplir la política existente	<input type="checkbox"/> Inspeccione rutinariamente el peligro
<input type="checkbox"/> Equipo de protección personal	<input type="checkbox"/> Otros:	

¿Qué se debe hacer (o se ha hecho) para llevar a cabo las sugerencias comprobadas anteriormente?

Paso 4: ¿Quién completó y revisó este formulario? (Imprima por favor)

Escrito por:	Título:
Departamento:	Fecha:
Nombres de los miembros del equipo de investigación:	
Reseña escrita por:	Título:
	Fecha:

Declaración de testigo

Información General	
Nombre del empleado lesionado:	Nombre del empleador:
Nombre del testigo:	Nombre del supervisor:
Posición:	Dirección:
Ciudad/Estado/Código Postal:	
Número de teléfono	
Ubicación donde se produjo el incidente:	
Fecha del incidente:	Hora del incidente:
¿Qué hacía usted (el testigo) en el momento del incidente?	
¿Cómo y cuándo se dio cuenta del incidente?	
¿Qué escuchaste en el momento del incidente?	
¿Quién más estaba presente?	
Describa lo que vio en el momento del incidente:	

Yo, el abajo firmante, hago la siguiente declaración, voluntaria, sin amenaza, o promesa de recompensa:
He leído mi declaración como se documentó anteriormente y lo mejor de mi conocimiento y creencia, es cierto y correcto.

Firma

Fecha