

A - Lista de comprobación: Investigación de Accidentes

Quién ...

- ¿Estuvo involucrado en el accidente?
- ¿Se lesionó?
- ¿Fue testigo del accidente?
- ¿Reportado el accidente?
- ¿Notificado el personal de servicios médicos de emergencia?

Qué ...

- ¿Propiedad de la Compañía fue dañado?
- ¿Se encontró evidencia?
- ¿Fue hecho para asegurar la escena del accidente?
- ¿Se hizo para evitar la repetición del accidente?
- ¿Nivel de atención médica se exigía a las víctimas?
- ¿Que se estaba haciendo en el momento del accidente?
- ¿Se están utilizando herramientas?
- ¿El empleado dijo que lo hiciera?
- ¿Máquina estuvo involucrado?
- ¿Se está realizando la operación?
- ¿Se han dado instrucciones?
- ¿Precauciones eran necesarias?
- ¿Equipo especial de protección debería haber sido utilizado?
- ¿Quizás otros lo hacen para contribuir al accidente?
- ¿Se ven los testigos?
- ¿Se violaron las normas de seguridad?
- ¿Normas de seguridad faltaban?
- ¿Se necesitan normas o procedimientos nuevos de seguridad?

Cuando ...

- ¿Ocurrió el accidente?
- ¿Se descubrió?

- ¿Se informó que el accidente?

- ¿El empleado comience la tarea?
- ¿Fueron peligros señalaron los empleados?
- ¿Acaso comprobar supervisor de progreso de los empleados?

Dónde ...

- ¿Ocurrió el accidente?
- ¿Era el supervisor del empleado al accidente ocurrido?
- ¿Fueron testigos cuando ocurrió el accidente?
- ¿Existe esta condición en otro lugar en el hotel?
- ¿Es la evidencia de la investigación para mantenerse?

Cómo ...

- ¿Ocurrió el accidente?
- ¿Se descubrió el accidente?
- ¿Resultaron heridas empleados?
- ¿Fue dañado equipo?
- ¿Podría el accidente haberse evitado?
- ¿Podría el supervisor de haber evitado el accidente ocurra?
- ¿Podrían los compañeros de trabajo evitar accidentes similares?

Por qué ...

- ¿Ocurrió el accidente?
- ¿Resultaron heridas empleados?
- ¿El empleado se comporte de esa manera?
- ¿No se utilizó el equipo de protección?
- ¿No se les dio instrucciones específicas?
- ¿Era el empleado en ese lugar o posición específica?
- ¿El empleado que utilice la máquina / herramienta?
- ¿No era el supervisor de allí en ese momento?

B - INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES FORMULARIO GUÍA DEL EMPLEADO

Seleccione de los hoteles a continuación el artículo (s) usted siente que causó su accidente.

LA CONDICIÓN INSEGURA

Maquinaria, aberturas en el piso vigilar o inadecuado guardadas, etc

Las herramientas defectuosas, escaleras, etc

Arreglo peligrosos, procedimiento, etc (almacenamiento seguro, congestión, etc) iluminación inadecuada (insuficiente luz, brillo, etc)

Ventilación inadecuada (cambio de aire insuficiente, fuente de aire impuro, etc)

Vestido inseguro o del vestido (ausencia o defectuosa guantes, delantales, zapatos, respiradores, etc)

ACTO INSEGURO

Operar sin autoridad, no lograr que, el hecho de colocar señales de advertencia, señales, etiquetas, etc
Operar o trabajar a una velocidad insegura (demasiado lento / rápido, saltando de vehículos / plataformas, materiales tirar) la fabricación de dispositivos de seguridad inoperantes (eliminación, el mal ajuste, desconectar, etc)
El uso de equipo peligroso, con las manos en lugar de los equipos, etc
Inseguro carga o colocando (sobrecarga, el hacinamiento, la organización o la colocación de objetos / materiales no segura)
Tomando posición insegura o postura (debajo de cargas suspendidas, levantar con la espalda doblada, expuesto a caídas o resbalones objetos, montar en posición insegura, montado en un aparato diseñado para materiales)
Trabajo en equipo móvil o peligrosos (limpieza, ajuste, lubricación, etc) de distracción, que abusa de burlas, sorprendente, etc (peleas, payasadas, bromas, etc)
El no usar vestimenta segura o equipo de protección personal (gafas, zapatos de seguridad, mascarillas, etc) El uso indebido de los equipos de seguridad o no usar el equipo de seguridad proporcionado

FACTORES PERSONALES INSEGURAS

Actitud inadecuada (haciendo caso omiso de las instrucciones, normas y costumbres, fanfarrón, desafiante, etc)
La falta de conocimiento o habilidad (conocimiento de la práctica segura, no calificada, experiencia, etc)
Los defectos físicos (fatiga, drogas / alcohol, incapaces de comprender, excitable, nervioso, visual / auditiva)

Torre Claim cuestionario suplementario

Nombre de contacto: _____

Título: _____

Teléfono / Contacto: _____

Demandante SSN: _____

Dirección del reclamante: _____

Demandante número de teléfono: _____

Demandante Fecha de nacimiento: _____

Fecha Demandante de alquiler: _____

Demandante cargo: _____

¿Tiene una descripción escrita del trabajo?: _____

Cambie comenzar y terminar el tiempo: _____

Funciones: _____

Horas Precio por hora / trabajaron / Pagado por hora o salario / Recibir consejos o comisiones?: _____

Horas extraordinarias: _____

El empleo concurrente: Y N

Supervisor: _____

Antes de Empleo: _____

Historia del incidente: _____

Parte del cuerpo lesionada (s): _____

Mano dominante: Derecha o Izquierda

Hora y lugar del accidente: _____

Testigos: _____

¿Hay vigilancia por vídeo?: _____

Fecha del reporte / A quién: _____

El tratamiento de la información DR: _____

Ambulancia: Y N

Situación laboral: _____

¿El empleador tiene motivos para cuestionar o dudar la validez de la reivindicación?: _____

Completado investigación interna? Prueba de drogas?: _____

Trabajo Modificado Disponible: Y N

Lesiones previas / Reclamos / Condiciones de Salud: _____

Sobrepeso: Y N Fumador: Y N

Actividades / aficiones fuera del trabajo que podrían resultar en una lesión o accidente?:
