

# REPORTE DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE

Este informe debe ser completado y enviado al Departamento de Gestión de Riesgos del Centro Educativo **dentro de las 48 horas** posteriores al accidente.



## INFORMACIÓN PERSONAL DEL EMPLEADO

|                                |                                     |       |   |
|--------------------------------|-------------------------------------|-------|---|
| NOMBRE COMPLETO:               | FECHA DE NACIMIENTO:                | EDAD: | GENERO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| DIRECCIÓN RESIDENCIAL:         | ID DE EMPLEADO #:                   |       |   |
| CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: | EDIFICIO (donde ocurrió la lesión): |       |   |
| NO. DE TELÉFONO:               |                                     |       |   |
| CARGO/OCUPACIÓN                |                                     |       |   |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:         |                                     |       |   |

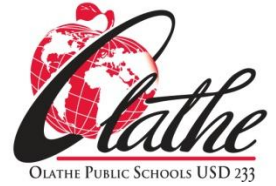
## INFORMACIÓN DEL INCIDENTE

|  |   |  |                     |
|--|---|--|---------------------|
| FECHA DE LA LESIÓN:  | HORA DE LA LESIÓN:                                      | FECHA REPORTADA:   | HORA REPORTADA:     |
| LUGAR EN EL EDIFICIO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE (EJ. GIMNASIO, CORREDOR, AFUERA, ETC.):  |   |  |                     |
| DESCRIBA COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE:  |   |  |                     |
| DESCRIBA EL GRADO DE LA LESIÓN; E INDIQUE LA PARTE(S) DEL CUERPO LASTIMADA:  |   |  |                     |
| ¿FUE EL CLIMA FACTOR DE ESTE ACCIDENTE?  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |                     |
| ¿HUBO TESTIGOS?  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SÍ, SI DEBE DE LLENARSE EL FORMULARIO 'DECLARACIÓN DE TESTIGO' |                     |
| ¿ESTABA USTED EN HORARIO REGULAR DE TRABAJO EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   |   |  |                     |
| SÍ NO, EXPLIQUE EL PORQUÉ:   |   |  |                     |
| ¿EL EMPLEADO RECIBIÓ CUIDADO MEDICO?   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI SI, NOMBRE DE LA CLÍNICA:                                   |                     |
| SI FUE UN ACCIDENTE INICIADO POR UN ESTUDIANTE, ¿HAN TOMADO MEDIDAS PARA PREVENIR QUE RE OCURRA? SÍ, SI DESCRIBA ACCIONES TOMADAS: |   |  |                     |
|  |   |  | # ID DE ESTUDIANTE: |
| ¿ESTABA EL EMPLEADO USANDO EL EQUIPO DE SEGURIDAD REQUERIDO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>               |   |  |                     |
| ¿CÓMO PUDO HABER PREVENIDO EL QUE SUCEDIERA ESTE ACCIDENTE?  |   |  |                     |
| COMENTARIOS ADICIONALES:   |   |  |                     |

:

## DECLARACIÓN DE TESTIGO

*Este reporte debe de ser llenado por el **testigo**. Lea las preguntas cuidadosamente y genere sus respuestas lo más completas y acertadas.*



| INFORMACIÓN PERSONAL DEL TESTIGO |  |         |   |
|----------------------------------|--|---------|---|
| NOMBRE COMPLETO:                 |  | GENERO: | F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| DIRECCIÓN RESIDENCIAL:           |  |         |   |
| CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:   |  |         |   |
| No. TELÉFONO:                    |  |         |   |

| INFORMACIÓN DE INCIDENTE   |  |                    |  |
|--|--|--------------------|--|
| NOMBRE PERSONA ACCIDENTADA :   |  |                    |  |
| FECHA DEL INCIDENTE:   |  | HORA DE LA LESIÓN: |  |
| EN SUS PROPIAS PALABRAS, DESCRIBA QUE SUCEDIÓ:   |  |                    |  |
| ¿ALGUIEN MÁS VIO LO SUCEDIDO?      Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                             |  |                    |  |
| SÍ SI, POR FAVOR ESCRIBA NOMBRES DE ESTAS PERSONAS:  |  |                    |  |
| OTROS COMENTARIOS:   |  |                    |  |
| ¿ES USTED EMPLEADO(A) DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE OLATHE?      Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |  |                    |  |
| SI SÍ, ¿EN QUE EDIFICO TRABAJA USTED?  |  | CARGO/OCUPACIÓN    |  |

|        |  |
|--------|--|
| FIRMA: |  |
| FECHA: |  |