

13.-REGISTRO INTERNO DE ACCIDENTES O INCIDENTES

EMPRESA _____

CENTRO DE TRABAJO _____

ACCIDENTE: INCIDENTE:

Fecha: _____ Hora: _____ Hora de trabajo: (1ª, 2ª...) _____

Testigos: _____

Descripción: _____

Equipo o agente material causante _____

Forma en que se produjo, (segundo listado al dorso):

TRABAJADOR/ES AFECTADO/S

NOMBRE _____ APELLIDOS _____

Antigüedad: en la empresa (meses) _____ En puesto de trabajo (meses) _____

Varón Mujer Edad _____ Tipo de contrato _____

Categoría profesional: _____ Ocupación _____

Estaba en su puesto: SI NO Era su trabajo habitual: SI NO

Desplazamiento en su jornada laboral SI NO

Al ir o volver del trabajo SI NO

Parte de cuerpo lesionada _____

Grado de lesión: Leve Grave Muy Grave Fallecimiento

Recibió asistencia en: Enfermería empresa Ambulatorio Hospital

DELEGADOS/AS DE PREVENCIÓN:

Otros datos de interés: _____

Medidas preventivas propuestas:

Acudió la Inspección de Trabajo NO SI

Fecha _____

Forma en que se produjo el accidente

- 01.- Caída de personas a distinto nivel
- 02.- Caída de personas al mismo nivel
- 03.- Caída de objetos por desprendimiento o derrumbamiento.
- 04.- Caída de objetos en manipulación
- 05.- Caída por objetos desprendidos
- 06.- Pisadas sobre objetos
- 07.- Choque contra objetos inmóviles.
- 08.- Choque contra objetos móviles.
- 09.- Golpes por objetos o herramientas.
- 10.- Proyección de fragmentos o partículas.
- 11.- Atrapamiento por o entre objetos.
- 12.- Atrapamiento por vuelco de máquinas, tractores o vehículos.
- 13.- Sobreesfuerzos.
- 14.- Exposición a temperaturas ambientales extremas.
- 15.- Contactos térmicos.
- 16.- Exposición a contactos eléctricos.
- 17.- Exposición a sustancias nocivas.
- 18.- Contactos con sustancias cáusticas y/o corrosivas.
- 19.- Exposición a radiaciones.
- 20.- Explosiones.
- 21.- Incendios.
- 22.- Accidentes causados por seres vivos.
- 23.- Atropellos o golpes con vehículos.
- 99.- Al ir o volver del trabajo.

Delegados/as de Prevención
Fdo: