

**REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO****1. INFORMACIÓN GENERAL DE UNIDAD ADMINISTRATIVA O ACADÉMICA**

Dirección /Depto/Unidad _____

Ubicación _____

Teléfono _____

Director o Jefe _____

e-mail _____

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre _____ Cédula _____

Sexo: F M Edad _____

Antigüedad, puesto de trabajo (años/meses) _____

Función _____

Equipo de Protección Personal SI NO

Detalle EPP _____

3. INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

Fecha _____ Hora _____ Lugar _____

Tipo de Accidente (caída de altura, golpe, descarga eléctrica, atropello, desvanecimiento por medicamentos o por enfermedad preexistente o por falta de alimentos, explique) _____

Agente Material (Con qué?) _____

Descripción detallada del accidente (¿Qué, Cómo, Cuándo y Dónde?) _____

Continua... →

Naturaleza de la Lesión (contusión, fractura, herida, quemadura, intoxicación) _____

Ubicación de la lesión (cabeza, cuello, tronco, extremidades, otros) _____

Asistencia Recibida _____

Daños materiales _____

Antecedentes (¿le ha ocurrido antes?) _____

Otras personas presentes al momento del accidente _____

TRABAJADOR**PERSONA QUE REPORTA EL ACCIDENTE****PARA USO EXCLUSIVO DEL CESSO**

INVESTIGADOR _____

FIRMA _____

FECHA _____

