

INFORME DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE E INCIDENTES

(Modelo Cedido por PRECOIN PREVENCIÓN, S.L.)

DATOS	EMPRESA: DIRECCIÓN: ACTIVIDAD:	Fecha:												
DATOS DEL ACCIDENTE	Accidente Sin Baja <input type="checkbox"/> Accidente con Baja <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Incidente <input type="checkbox"/>													
	Nombre/Apellidos:	DNI:	Categoría:											
	Lugar del Accidente:													
	Fecha del Accidente: / /	Día de la Semana:	Hora:											
	Parte del Cuerpo Lesionada:													
PERSONAL ENTREVISTADO		PUESTO / CATEGORIA:												
DESCRIPCIÓN	¿Qué actividad realizaba cuando se accidentó?													
CAUSAS														
EVALUACIÓN DE RIESGOS	⇒ ¿Es necesario actualizarla? ⇒ ¿Contempla tanto el riesgo como la medida preventiva? ⇒ ¿Ha recibido formación el operario, con respecto a este riesgo?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	SI	NO										
SI	NO													
MEDIDAS CORRECTORAS	EPI's Adscritos al Puesto: Botas <input type="checkbox"/> Gafas <input type="checkbox"/> Guantes <input type="checkbox"/> Arnés <input type="checkbox"/> Casco <input type="checkbox"/>													
	EPI's que Utilizaba: Botas <input type="checkbox"/> Gafas <input type="checkbox"/> Guantes <input type="checkbox"/> Arnés <input type="checkbox"/> Casco <input type="checkbox"/>													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Medidas Correctoras Propuestas</th> <th style="width: 20%;">Responsable</th> <th style="width: 20%;">Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Medidas Correctoras Propuestas	Responsable	Fecha										
	Medidas Correctoras Propuestas	Responsable	Fecha											
Investigado por:	Trabajador:	Personal Entrevistado:												
Firma:	Firma:	Firma:												