

Informe de Investigación del Incidente

Infórmenos sobre la lesión o el incidente de inmediato llamando a Omaha National al 844-761-8400, incluso si algunos espacios en este formulario están en blanco.

Fecha de Hoy _____ Fecha del Incidente _____
 Muerte Perdida de Tiempo Medico Solamente
Hora del incidente _____ AM PM
Tipo de Incidente Primeros Auxilios Daño a la Propiedad
Fecha en que fue Reportado _____
 Informe Solamente / Cuasi Accidente Reportado a _____

Trabajador Lesionado

Nombre _____ Sexo Masculino Femenino
Departamento _____ Fecha de Nacimiento _____
Titulo de Trabajo _____ Fecha de Contratación _____
Supervisor _____ Tipo de Empleado Tiempo Completo Timpo Parcial
Horario de Trabajo Lun Mar Mie Jueves Por Temporada Temporal
 Vie Sab Dom Domicilio _____
Comienzo del Turno _____ AM PM Ciudad, Estado, & Codigo _____
Fin del Turno _____ AM PM Numero Telefónico _____
Tiempo en esa Posicion _____ Sueldo / Salario _____

Incidente o lesion

En donde ocurrió el incidente _____
Fase del día Durante el Periodo de Receso Durante el periodo de almuerzo Trabajando tiempo extra
 Entrando o saliendo Desempeñando tareas laborales Otro (Explique):

Descripción del Incidente (que estaba haciendo el empleado y que paso):

Maquinas, materiales, herramientas, o equipo utilizado, manipulado, o involucrado:

Tipo de lesión y partes del cuerpo afectadas:

Testigo(s) Si No

Nombre _____
Nombre _____
Nombre _____

Numero Telefónico _____
Numero Telefónico _____
Numero Telefónico _____

Tratamiento Médico y Estatus de Trabajo

Primeros Auxilios
Proporcionados No Si Describe _____
Perdió Tiempo No Si Liste el/los día(s) _____
Regreso a Trabajar No Si Fecha _____
Atención de Emergencia No Si
Estatus de Trabajo Fuera del trabajo Trabajo ligero Trabajo regular
Nombre del Medico _____ Nombre del hospital _____
Dirección _____ Dirección _____
Ciudad, Estado, & Código _____ Ciudad, Estado, & Código _____
Numero Telefónico _____ Numero Telefónico _____

Factores Contribuyentes

Condiciones inseguras en el lugar de trabajo:
(Marque todo lo que corresponda)

- Protección inadecuada
- Peligro sin protección
- El dispositivo de seguridad está defectuoso
- Herramienta o equipo defectuoso
- El diseño de la estación de trabajo es peligroso
- Iluminación insegura
- Ventilación insegura
- Falta de equipo de protección personal necesario
- Falta de equipo / herramientas adecuados
- Ropa insegura
- Sin entrenamiento o entrenamiento insuficiente
- Otro: _____

Acciones inseguras hechas por personas:
(Marque todo lo que corresponda)

- Operando sin permiso
- Operando a una velocidad insegura
- Dándole servicio a equipo que tiene electricidad
- Inhabilitando un dispositivo de seguridad
- Usando equipo defectuoso
- Usando equipos de forma no aprobada
- Levantamiento inseguro o inadecuado
- Tomando una posición o postura insegura
- Distracción, burlas, payasadas
- No usar equipo de protección personal
- No utilizar el equipo / herramientas disponibles
- Otro: _____

Describe por qué existen las condiciones inseguras:

Describe por qué ocurrieron las acciones inseguras:

Medidas Preventivas

- Mejorar el cumplimiento
- Mejorar el almacenamiento / colocación
- Identificar / mejorar el equipo de protección personal
- Análisis de tareas / revisión de procedimientos
- Utilizar otros materiales / suministros
- Mejorar la ventilación
- Mejorar/cambiar el método de trabajo
- Mejorar los procedimientos de limpieza
- Rotation of Employee
- Instalar/Revisar protecciones/dispositivos
- Mejorar el diseño / construcción
- Mejorar la iluminación
- Reestructuración de los empleados
- Otros: _____
- Reparar / reemplazar equipo
- Eliminar la congestión
- Análisis de tareas por completar
- Reasignación laboral de trabajadores
- Instrucciones obligatorias previas al trabajo
- Consejería correctiva

Completado por _____

Fecha _____

Firma _____

Título _____