



# 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 \_\_\_\_\_

Muerte  Perdida de Tiempo  Medico Solamente

Tipo de Incidente  Primeros Auxilios  Daño a la Propiedad

Informe Solamente / Cuasi Accidente

Fecha del Incidente \_\_\_\_\_

Hora del incidente \_\_\_\_\_  AM  PM

Fecha en que fue Reportado \_\_\_\_\_

Reportado a \_\_\_\_\_

## Trabajador Lesionado

Nombre \_\_\_\_\_

Departamento \_\_\_\_\_

Título de Trabajo \_\_\_\_\_

Supervisor \_\_\_\_\_

Horario de Trabajo  Lun  Mar  Mie  Jueves  
 Vie  Sab  Dom

Comienzo del Turno \_\_\_\_\_  AM  PM

Fin del Turno \_\_\_\_\_  AM  PM

Tiempo en esa Posicion \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino  Femenino

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha de Contratación \_\_\_\_\_

Tipo de Empleado  Tiempo Completo  Timpo Parcial  
 Por Temporada  Temporal

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, & Código \_\_\_\_\_

Numero Telefónico \_\_\_\_\_

Sueldo / Salario \_\_\_\_\_

## Incidente o lesión

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

Envíenos el formulario completo por fax al 844-761-8402 o envíenoslo por correo electrónico a [claims@omahanational.com](mailto:claims@omahanational.com).

Completado por \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Título \_\_\_\_\_