|  **Accidente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Enfermedad profesional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| --- |
| **1- Antecedentes del accidente / enfermedad profesional** |
| Apellido paterno: | Apellido materno: |
| Nombres: |
| Profesión/oficio: | Cargo: | Edad: | Sexo | F |  | M |  |
| Años de antigüedad en el cargo: | Fecha accidente / Enf. declarada: |  |  |  | Hora accidente: |
| Región: | Local, sucursal o faena:  | Área: |
| Ubicación exacta del accidente / origen enfermedad: |
| Nombre y cargo de jefatura directa: |
| **2- Descripción del accidente / enfermedad** |
| Actividad que realizaba (tarea):(labor que se estaba ejecutando al momento del evento) |
| Lugar específico:(área de trabajo, dirección, nombre de calle) |
| Evento:(tipo de accidente, por ejemplo: caída, golpe, contacto eléctrico, colisión, etc.) |
| Consecuencia y parte del cuerpo lesionada:(tipo de lesión, herida, golpe, quemadura, etc.) |
| **3- Análisis de peligros y causa del accidente / enfermedad** |
| Acción Insegura(Qué hizo o dejó de hacer el trabajador, u otra persona que contribuyó directamente al accidente) |  | Condición Insegura(Qué cosa en el ambiente, herramienta, estructuras, protecciones, etc. contribuyó al accidente) |  |
|  |

| Causas(Explicación del origen de los peligros descritos) |
| --- |
|  |

| **4 – Acciones para evitar repetición del accidente / enfermedad** |
| --- |
| Describa las acciones para eliminar los peligros y causas indicadas en la sección anterior. Todas las variables que explican el evento deben ser abordadas. Las acciones descritas deben ser registrables, por ejemplo: Actualizar matriz de identificación de peligros, modificar reglamento o procedimiento, capacitación a los trabajadores, generar un plan de mejora, etc. |
| **Acción de Mejora** | **Responsable** **(nombre completo)** | **Plazo máximo** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

| **5 – Testigos (registro de la declaración debe ir en anexo 8)** |
| --- |
| Sr.: | Cargo: |
| Sr.: | Cargo: |

| **6 – Informe**  |
| --- |
| Elaborado por: | Cargo: |
| Firma: | Fecha: |
| Revisado/aprobado por: |
| Nombre: | Cargo: |
| Firma: | Fecha: |
| **7 – Comentarios del Comité Paritario Higiene y Seguridad** |
|  |

| **8 – Anexos (Fotografías, procedimientos, declaraciones, etc.)** |
| --- |