| **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.)** |
| --- |