

Datos de identificación del Accidentado/a

Código Personal            
 Primer Apellido  Segundo Apellido  Nombre

Puesto de trabajo (denominación completa)

Servicio  Teléfono

Centro de trabajo  Dirección del Centro de Trabajo (Calle, Paseo, Plaza...) (Número, Planta)

Fecha del Accidente            
 Día de la Semana  L  M  M  J  V  S  D Hora (formato 24:00horas)  :   Hora de trabajo  a hora

Lugar concreto del Accidente - Incidente (Calle, Paseo, Plaza...) (Número, Planta)  Antigüedad en el Puesto de Trabajo Actual (Mes)   (Año)

Lugar del Accidente - Incidente  En el centro de trabajo habitual  En otro centro o lugar de trabajo  Al ir o volver del trabajo (in itinere)  Desplazamiento en jornada habitual

Tipo de trabajo  Se trataba de su trabajo habitual:  Sí  No

Calificación del Accidente - Incidente  Accidente "CON BAJA"  Accidente "SIN BAJA" - Incidente  Fallecimiento

Parte o partes del cuerpo dañadas o lesionadas

Cráneo  Cara, excepto ojos  Ojos  Cuello  Tórax, espalda y costados  Región lumbar y abdomen  Genitales  Manos  Miembros superiores, excepto manos  Pies  Miembros inferiores, excepto pies  Lesiones múltiples  Órganos internos

Breve descripción del tipo de daños y lesiones

Vista frontal Lateral izdo. Lateral dcho. Vista posterior

Forma de producirse el Accidente - Incidente

Descripción de la forma de producirse el Accidente-Incidente:

Agente material causante de las lesiones:

Agentes generales  Productos y materiales  Andamios, escaleras  Medios de transporte  Herramientas  Aparatos y equipos  Máquinas  Seres vivos  Características psicofísicas  Otros

Daños materiales producidos

Se han producido  Sí  No

Equipos de protección individual

El trabajador/a  Sí  llevaba EPI, s:  No  NP

Medidas preventivas propuestas por la Jefatura Inmediata

Nombre y firma de los/las testigos del Accidente - Incidente

Nombre y firma de la Jefatura Inmediata

Datos de identificación del Accidentado/a

Código Personal

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombre

Puesto de trabajo (denominación completa)

Servicio

Teléfono

Centro de trabajo

Dirección del Centro de Trabajo (Calle, Paseo, Plaza...) (Número, Planta)

Fecha del Accidente

Día de la Semana  L  M  M  J  V  S  D

Hora (formato 24:00horas)   :

Hora de trabajo   <sup>a</sup> hora

Lugar concreto del Accidente - Incidente (Calle, Paseo, Plaza...) (Número, Planta)

Antigüedad en el Puesto de Trabajo Actual  
(Mes)   (Año)

Lugar del Accidente - Incidente

En el centro de trabajo habitual

En otro centro o lugar de trabajo

Al ir o volver del trabajo (in itinere)

Desplazamiento en jornada habitual

Tipo de trabajo

Se trataba de su trabajo habitual:

Sí  No

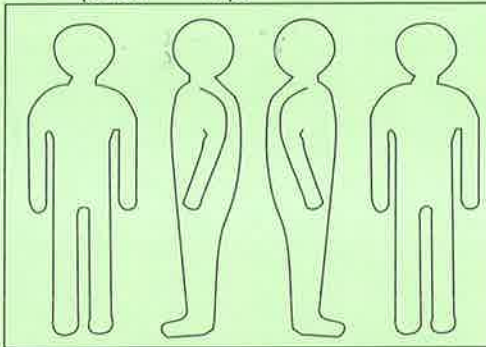
Calificación del Accidente - Incidente

Accidente "CON BAJA"

Accidente "SIN BAJA" - Incidente

Fallecimiento

Parte o partes del cuerpo dañadas o lesionadas



Cráneo

Cara, excepto ojos

Ojos

Cuello

Tórax, espalda y costados

Región lumbar y abdomen

Genitales

Manos

Miembros superiores, excepto manos

Pies

Miembros inferiores, excepto pies

Lesiones múltiples

Órganos internos

Breve descripción del tipo de daños y lesiones

Forma de producirse el Accidente - Incidente

Descripción de la forma de producirse el Accidente-Incidente:

Agente material causante de las lesiones:

Agentes generales

Productos y materiales

Andamios, escaleras

Medios de transporte

Herramientas

Aparatos y equipos

Máquinas

Seres vivos

Características psicofísicas

Otros

Daños materiales producidos

Se han producido daños materiales:  Sí  No

Equipos de protección individual

El trabajador/a llevaba EPI, s:  Sí  No  NP

Medidas preventivas propuestas por la Jefatura Inmediata

Nombre y firma de los/las testigos del Accidente - Incidente

Nombre y firma de la Jefatura Inmediata



Datos de identificación del Accidentado/a

Código Personal	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Puesto de trabajo (denominación completa)

Servicio	Teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Centro de trabajo	Dirección del Centro de Trabajo (Calle, Paseo, Plaza...) (Número, Planta)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha del Accidente	Día de la Semana	Hora (formato 24:00horas)	Hora de trabajo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Lugar concreto del Accidente - Incidente (Calle, Paseo, Plaza...) (Número, Planta)	Antigüedad en el Puesto de Trabajo Actual (Mes) <input type="text"/> (Año) <input type="text"/>
<input type="text"/>	

Lugar del Accidente - Incidente	Tipo de trabajo	Calificación del Accidente - Incidente
<input type="checkbox"/> En el centro de trabajo habitual <input type="checkbox"/> En otro centro o lugar de trabajo <input type="checkbox"/> Al ir o volver del trabajo (in itinere) <input type="checkbox"/> Desplazamiento en jornada habitual	<input type="checkbox"/> Se trataba de su trabajo habitual:  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Accidente "CON BAJA" <input type="checkbox"/> Accidente "SIN BAJA" - Incidente <input type="checkbox"/> Fallecimiento

Parte o partes del cuerpo dañadas o lesionadas

	<input type="checkbox"/> Cráneo <input type="checkbox"/> Cara, excepto ojos <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Tórax, espalda y costados <input type="checkbox"/> Región lumbar y abdomen <input type="checkbox"/> Genitales <input type="checkbox"/> Manos <input type="checkbox"/> Miembros superiores, excepto manos <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/> Miembros inferiores, excepto pies <input type="checkbox"/> Lesiones múltiples <input type="checkbox"/> Órganos internos	Breve descripción del tipo de daños y lesiones  <input type="text"/>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

Vista frontal    Lateral izdo.    Lateral dcho.    Vista posterior

Forma de producirse el Accidente - Incidente

Descripción de la forma de producirse el Accidente-Incidente:

Agente material causante de las lesiones:

<input type="checkbox"/> Agentes generales <input type="checkbox"/> Productos y materiales <input type="checkbox"/> Andamios, escaleras <input type="checkbox"/> Medios de transporte <input type="checkbox"/> Herramientas <input type="checkbox"/> Aparatos y equipos <input type="checkbox"/> Máquinas <input type="checkbox"/> Seres vivos <input type="checkbox"/> Características psicofísicas <input type="checkbox"/> Otros
<input type="text"/>

Daños materiales producidos

Se han producido daños materiales:  Sí  No

Equipos de protección individual

El trabajador/a llevaba EPI, s:  Sí  No  NP

Medidas preventivas propuestas por la Jefatura Inmediata

Nombre y firma de los/las testigos del Accidente - Incidente

Nombre y firma de la Jefatura Inmediata