



Reporte de Accidente/Incidente

Por favor escriba claramente

Información del Empleado

Para asistencia contacte a EH&S al (407)-823-6077

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Cargo/puesto: _____

ID #: _____

Fecha de entrada: _____

Nombre del supervisor (letra de molde) _____

Teléfono: _____

Información del accidente (Por favor utilice paginas adicionales si es necesario)

- ◆ Fecha y Hora del accidente: _____ am/pm Hora de entrada del empleado: _____ am/pm
- ◆ Lugar del accidente (Edificio/#de oficina): _____
- ◆ ¿Qué estaba haciendo el empleado antes de que ocurriera el accidente? (Describa las actividades, herramientas, equipo, y materiales que el empleado estaba utilizando) _____

- ◆ ¿Cuál es la lesión o enfermedad? _____
- ◆ ¿Qué ocurrió? Como sucedió esta lesión/enfermedad? _____

- ◆ ¿Qué objeto o substancia, lastimó directamente al empleado?
- ◆ ¿Recibió el empleado tratamiento médico (sin incluir primeros auxilios)? Si/No
- ◆ ¿Perdió el empleado días de trabajo debido a este incidente? Si/No Si la respuesta es Sí, Cuántos días (Incluya fechas)? _____
- ◆ ¿Recibió el empleado acomodaciones en su trabajo o fue transferido (trabajo restringido) como resultado del accidente/incidente? Si la respuesta es Si, en qué fecha el empleado retornó a trabajos restringidos/light duty? _____ Fecha de retorno trabajo sin restricciones/Full duty _____
- ◆ ¿Tres o más personas se lesionaron en este accidente? Si/No Falleció alguien? Si/No Si es así, Cuando? _____
- ◆ ¿Qué clase de equipo de protección personal estaba siendo utilizando en el momento del accidente? Circule todos los que apliquen)
Goggles Gafas Protectoras Zapatos de seguridad Guantes Respiradores Otros:
- ◆ ¿Ha sido el empleado entrenado en el uso de equipo personal de protección? Si/No
- ◆ ¿Ha recibido el empleado entrenamiento en Practicas Seguras en el departamento? Si/No Si la respuesta es Sí, fecha: _____
- ◆ ¿Qué acciones correctivas se han tomado?

- ◆ Comentarios adicionales del empleado o supervisor, (Por favor utilice paginas adicionales si es necesario)

Firma del Supervisor: _____

Fecha: _____

Firma del Empleado: _____

Fecha: _____

Environmental Health and Safety:

Recibido en la fecha de: _____