



# WORKPLACE ACCIDENT REPORT FORM

## 1. Employee Information

- Name: \_\_\_\_\_
- Job Title: \_\_\_\_\_
- Department: \_\_\_\_\_
- Date of Birth: \_\_\_\_\_
- Phone Number: \_\_\_\_\_

## 2. Accident Details

- Date: \_\_\_\_\_
- Time: \_\_\_\_\_ AM/PM
- Exact Location: \_\_\_\_\_
- Brief Description of the Accident:

---



---



---



---



---

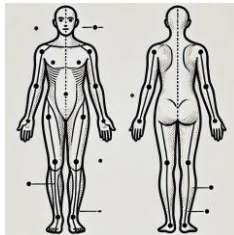


---

- Possible Cause of the Accident:
- Lack of safety equipment
- Human error
- Equipment failure
- Other: \_\_\_\_\_

## 3. Injury Information

- Type of Injury (check all that apply):
- Bruise  Cut  Sprain  Fracture  Burn  Other: \_\_\_\_\_
- Injured Body Part: \_\_\_\_\_
- Severity of Injury:
- Minor (first aid administered)
- Moderate (medical consultation needed)
- Severe (emergency treatment required)





4. Witnesses (if applicable)

- Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_
- Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

5. First Aid & Medical Treatment

- Was first aid provided on-site?  Yes  No
  - Describe the treatment given: \_\_\_\_\_
  - Did the employee seek medical care?  Yes  No
    - Clinic  Hospital  Other: \_\_\_\_\_
- 

6. Accident Investigation

- Supervisor in Charge: \_\_\_\_\_
- Preliminary Findings:

---

---

---

- Proposed Corrective Actions:
  - Additional training
  - Equipment repair
  - New safety procedures
  - Other: \_\_\_\_\_

Signatures

- Employee: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_
- Supervisor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## FORMATO DE REPORTE DE ACCIDENTE LABORAL

### 1. Información del Empleado

- Nombre: \_\_\_\_\_
- Puesto: \_\_\_\_\_
- Departamento: \_\_\_\_\_
- Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
- Teléfono: \_\_\_\_\_

---

### 2. Información del Accidente

- Fecha: \_\_\_\_\_
- Hora: \_\_\_\_\_ AM/PM
- Ubicación exacta: \_\_\_\_\_
- Descripción breve del accidente:

---

---

---

---

- Causa aparente del accidente:
  - Falta de equipo de seguridad
  - Error humano
  - Fallo de maquinaria
  - Otros: \_\_\_\_\_

---

### 3. Información de la Lesión

- Tipo de lesión (marcar lo que corresponda):
  - Moretón  Corte  Esguince  Fractura  Quemadura  Otro: \_\_\_\_\_
- Parte del cuerpo afectada: \_\_\_\_\_
- Severidad de la lesión:
  - Leve (primeros auxilios)
  - Moderada (requiere consulta médica)
  - Grave (requiere emergencia médica)

---

### 4. Testigos (si aplica)

- Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_



### 5. Primeros Auxilios y Tratamiento Médico

- ¿Se brindaron primeros auxilios en el lugar?  Sí  No
  - Descripción del tratamiento recibido: \_\_\_\_\_
  - ¿El empleado acudió a un centro médico?  Sí  No
    - Clínica  Hospital  Otro: \_\_\_\_\_
- 

### 6. Investigación del Accidente

- Supervisor a cargo: \_\_\_\_\_
- Hallazgos preliminares:

---

---

---

- Medidas correctivas propuestas:
    - Capacitación adicional
    - Reparación de equipo
    - Implementación de nuevos procedimientos
    - Otro: \_\_\_\_\_
- 

### Firmas

- Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
- Supervisor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_