

Primer Informe de Accidente – Declaración del Empleado

Complete este formulario, responda todas las preguntas de la manera más completa posible y firme el formulario en la parte inferior. Escriba de forma legible. Entregue el formulario completo a su supervisor.

Información del Empleado

Nombre

Número de empleado

Teléfono de casa

teléfono celular

Correo electrónico

Información del trabajo (en el momento del incidente)

Nombre del departamento

Título del trabajo

Turno normal/Horas

Información de Incidentes

¿Fecha?

¿Fecha del incidente?

¿ Hora del incidente?

¿Dónde ocurrió el incidente? (se específico) _____

¿Qué trabajo o tarea estabas realizando? _____

¿Has realizado esa tarea antes? _____ ¿Alguna vez ha recibido capacitación para realizar la tarea? _____

¿Cuándo? _____ Describa la(s) capacitación(es) _____

¿Qué estaba haciendo inmediatamente antes de que ocurriera el incidente? _____

¿Adónde ibas y qué ibas a hacer a continuación? _____

Explique cómo ocurrió el incidente, incluidos los eventos que llevaron al incidente _____

¿Usaste algún equipo? _____ ¿Fue capacitado para usar el equipo? _____ ¿Cuándo? _____

Describe la(s) capacitación(es) _____

¿Hubo algún problema o problema mecánico con el equipo? _____

¿Cómo cree que se podría haber evitado este incidente? _____

Información de Tratamiento

¿Se requiere tratamiento médico? Sí ___ No ___ ¿Ha sido visto por un médico por este incidente? Sí ___ No ___

¿Viste a Ski Patrol por la lesión? Patrulla notificada ___ Tratado por Patrulla ___ Transportado por Patrulla ___

Si desea hacer algún otro comentario, introdúzcalo aquí _____

Firma del Empleado

Fecha

Firma de Supervisor

Fecha