

IWIF FORMULARIOS de Investigación de Accidentes

Cómo utilizar estas importantes herramientas

Incluye:

Formulario de informe de lesión por parte del empleado

Formulario de declaración del testigo del accidente

Formulario de investigación del accidente por parte del supervisor

Se pueden hacer copias de los formularios según sea necesario

También puede descargar formularios en formato pdf para imprimir en

➔ www.iwif.com.

¿Necesita ayuda?

Si necesita ayuda para organizar capacitación para supervisores sobre el uso de estos formularios, comuníquese con su ajustador de reclamos o consultor de control de pérdidas llamando al 1-888-448-4242.

Los formularios y declaraciones de investigación de accidentes **deberán ser llenados** por el **empleado que se haya lesionado, su supervisor y cualquier testigo** del accidente. Capacite a sus supervisores para que conduzcan la investigación preliminar tan pronto como sea posible.



IMPORTANTE - Se deberá tener cuidado de que la investigación sea para averiguar los hechos, no para asignar la culpa. La obtención de declaraciones firmadas tan pronto como sea posible después del accidente le asegura que, como empresa, tendrá una descripción precisa de cómo ocurrió la lesión. Estas declaraciones debidamente llenadas son importantes para la corrección de los peligros y para evitar que vuelvan a suceder los accidentes. También ayudarán a identificar la posibilidad de responsabilidad de terceros así como posibles reclamos fraudulentos, lo cual puede servir como defensa contra el reclamo.

Después de que llenar estos formularios, ¿qué hago con ellos?

Por favor envíe los formularios completos a su ajustador de seguros de IWIF y guarde una copia en sus archivos. Estos formularios debidamente llenados pueden suministrar información valiosa en la investigación de los reclamos por una lesión y para armar la defensa en caso de una audiencia de compensación de los trabajadores.

¿Qué sucede si el empleado que se lesionó está incapacitado físicamente para llenar el Informe de lesión por parte del empleado?

Utilice el sentido común y el buen juicio. Si la lesión es grave, recuerde que la salud y la atención de su empleado es lo primero y lo más importante. De ser posible, haga que el formulario sea llenado en un momento posterior más apropiado cuando el empleado esté capacitado físicamente para documentar el accidente.

¿Qué sucede si mi empleado se rehusa a llenar o a firmar el Informe de lesión por parte del empleado?

Desde luego que no se puede forzar a un empleado a llenar el documento. Sin embargo, se podrá enfatizar la importancia de obtener "su" relato para evitar que vuelva a ocurrir la lesión. También, obtenga de todas maneras el informe del supervisor así como las declaraciones de los testigos.

¿Qué sucede si mi empleado ha contratado a un abogado?

¿Puedo de todas maneras pedirle al empleado lesionado que llene el Informe de lesión por parte del empleado?

Sí. Usted, como parte del plan de administración de accidentes de su compañía, podrá de todas maneras pedir al empleado que llene el formulario de informe.

IWIF Informe de lesión por parte del empleado

(A ser llenado por el empleado únicamente.)

Nombre del empleado: _____ Sexo masculino__ Sexo femenino __
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Teléfono particular (_____) _____

Domicilio particular: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Clasificación actual: _____ Cuánto tiempo ha estado empleado aquí: _____

No. de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Salario semanal: _____

Lugar del accidente _____
Dirección Área (muelle de carga, baño, etc.)

Fecha del accidente: _____ Hora del accidente: _____

Describe todos los detalles de cómo ocurrió el accidente (incluyendo lo sucedido inmediatamente antes del accidente):

Describe la lesión corporal que sufrió (sea específico respecto a las partes del cuerpo afectadas): _____

Recomendaciones acerca de cómo evitar que vuelva a ocurrir este accidente: _____

Nombre del supervisor: _____ Teléfono: _____
Apellido Primer nombre

Nombres de los testigos: _____ Teléfono: _____
(Adjunte los informes de los testigos)

¿Cuándo notificó sobre el accidente a su supervisor? _____

¿A quién notificó acerca del accidente? _____

¿Requiere atención médica? Sí: _____ No: _____ Quizá: _____

Nombre del doctor que lo atiende: _____ Teléfono: _____

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Investigación del accidente por parte del supervisor

(A ser llenado por el supervisor del empleado u otro funcionario administrativo responsable)

Lugar donde ocurrió el accidente		Instalaciones de la empresa Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha del accidente o enfermedad
		Sitio del trabajo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Quién se lesionó?		<input type="checkbox"/> Empleado	Hora del accidente a.m. <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> No empleado	p.m. <input type="checkbox"/>
Antigüedad en la empresa	Cargo u ocupación	Nombre del departamento al que normalmente está asignado	¿Cuánto tiempo ha trabajado el empleado en el trabajo en el que ocurrió la lesión o la enfermedad?
¿Hubo daño a la propiedad / los equipos?		Propiedad / equipo de:	
¿Qué estaba haciendo el empleado cuando ocurrió la lesión o enfermedad? ¿Qué máquina o herramienta se estaba usando? ¿Qué tipo de operación?			
¿Cómo ocurrió la lesión o enfermedad? Enumere todos los objetos y sustancias involucrados			
Parte del cuerpo afectada / lesionada		¿Alguna condición física anterior? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	De ser sí, ¿cuál?
Naturaleza y alcance de la lesión / enfermedad y daño a la propiedad (sea específico)			

POR FAVOR INDIQUE TODOS LOS PUNTOS SIGUIENTES QUE HAYAN CONTRIBUIDO A LA LESIÓN O ENFERMEDAD

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arreglo o proceso inseguro | <input type="checkbox"/> Equipo no asegurado | <input type="checkbox"/> Mantenimiento inadecuado |
| <input type="checkbox"/> Desorden / mala limpieza | <input type="checkbox"/> Falta de capacitación o habilidad | <input type="checkbox"/> Operación sin autorización |
| <input type="checkbox"/> Dispositivo de seguridad que no funcionó | <input type="checkbox"/> Impedimento físico o mental | <input type="checkbox"/> Posición insegura |
| <input type="checkbox"/> Equipo de protección inadecuado | <input type="checkbox"/> Instrucción inadecuada | <input type="checkbox"/> Resguardo inadecuado |
| <input type="checkbox"/> Equipo inseguro | <input type="checkbox"/> Juguetes | <input type="checkbox"/> Vestimenta inadecuada |
| <input type="checkbox"/> Equipo no apagado | <input type="checkbox"/> Mala ventilación | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Medidas correctivas del supervisor para asegurarse de que este tipo de accidente no vuelva a ocurrir: _____

¿Se capacitó al empleado en el uso correcto del equipo personal de protección / los procedimientos de seguridad correctos? Sí No

¿Se amonestó al empleado por no utilizar el equipo de protección personal / los procedimiento de seguridad apropiados? Sí No

¿Notificó el empleado prontamente acerca de la lesión / enfermedad? Sí No

¿Hay tareas modificadas disponibles? Sí No

Nombre del supervisor

Firma del supervisor

Teléfono

Fecha