**Instrucciones**  Sus empleados pueden usar este formulario para reportar toda lesion, enfermedad, o “casi incidente” relacionado al trabajo. Incidente (que pudiera haber causado lesiones, o enfermedad) – *sin importar lo insignificante.* Esto le ayudará a identificar y corregir peligros antes de que causan lesiones serias. El empleado debe llenar este formulario lo antes posible y entregarlo a un supervisor para dar seguimiento al debido proceso.

|  |
| --- |
| Relacionado a mi trabajo reporto una: ❑ lesión ❑ Enfermedad ❑ casi accidente  |
| Su Nombre:  |
| Titulo del puesto de trabajo: |
| Supervisor: |
| ¿Le ha informado a su supervisor acerca de ésta lesión/ casi accidente? ❑ Sí ❑ No |
| Fecha de la lesión/casi accidente: | Hora de la lesión/casi accidente: |
| Nombres de testigos (si es que los hay): |
|  ¿Exactamente dónde sucedió? |
| ¿Qué hacía en ese momento? |
| Describa paso por paso lo que sucedió que llevó a la lesión/casi accidente. (continúe al dorso si es necesario): |
|  ¿Qué se pudiera haber hecho para prevenir esta lesión/casi accidente? |
| ¿En qué partes de su cuerpo sufrió lesiones? Si fue un casi accidente, ¿cómo pudiera haberse lastimado? |
| Para ésta lesión/enfermedad, ¿fue a consulta médica? |
| Si así fue, ¿quién lo/a atendió?  | Número de teléfono del médico: |
| Fecha: | Hora: |
| Anteriormente, ¿se ha lastimado o ha sufrido lesiones en este mismo parte del cuerpo?  |
| Si es así, ¿cuándo? | Empleador: |
| Su Firma (opcional): | Fecha: |