

INFORME DEL ACCIDENTE REALIZADO POR EL SUPERVISOR

El propósito de la Investigación del accidente por el Supervisor es determinar tanto las causas inmediatas como las fundamentales del accidente que resultaron en daños físicos o materiales o tenían el potencial de causar daños físicos o materiales. Investigar la raíz del problema significa investigar las causas subyacentes del accidente. Por ejemplo, la causa inmediata de un resbalón y una caída puede ser por el agua en el piso, pero la causa fundamental o subyacente podría ser un problema de mantenimiento resultante en el escape de agua de una tubería o en la forma usada para transportar agua que resultó en el agua derramada. Una vez se determinan las causas inmediatas y fundamentales, se pueden identificar medidas preventivas y ponerlas en funcionamiento de forma inmediata.

Para ser efectiva, la investigación debe ser de exploración y no de buscar errores.

El supervisor o gerente inmediato es el que tiene el papel principal a la hora de llevar a cabo la investigación del accidente. El gerente o supervisor debe:

- 1) recopilar los hechos,
- 2) determinar la secuencia de los eventos,
- 3) determinar la(s) causa(s) inmediata(s),
- 4) determinar la(s) causa(s) “fundamental” o subyacente,
- 5) identificar controles o acción (acciones) que ayudarán a prevenir su reincidencia,
- 6) tomar o asignar una acción correctiva, y
- 7) hacer un seguimiento para asegurar que la acción correctiva es efectiva.

Todos los accidentes de deben investigar lo antes posible sin importar su gravedad. La rapidez es fundamental ya que las condiciones en la escena del accidente cambian y los testigos acostumbran a olvidarse con el tiempo. La rapidez en comprobar la escena asegura a los empleados que la gerencia está sumamente preocupada por su bienestar.

Los informes sobre la investigación del accidente deben presentarse en un plazo de 24 horas desde la primera notificación del accidente usando el formulario adjunto para informar a la Dirección de la empresa lo que se ha realizado para prevenir otra reincidencia.

Para información adicional sobre los métodos de investigación de accidentes, favor de consultar la página web de Cal/OSHA: http://www.dir.ca.gov/dosh/dosh_publications/IIPP.html#9

**Informe del accidente
realizado por el Supervisor**
Confidencial/Para el uso interno de la
compañía exclusivamente

TODOS LOS APARTADOS DEBEN
RESPONDERSE EN SU TOTALIDAD
use páginas adicionales si fuera necesario

QUE ESTUVO INVOLUCRADO

**EL FRAUDE AL SEGURO DE INDEMNIZACIÓN AL TRABAJADOR POR ACCIDENTES LABORALES ES UNA FELONÍA;
INFORME CUALQUIER SOSPECHA DE FRAUDE A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

Nombre del empleado accidentado: _____ FDN: _____

Departamento: _____ Posición: _____ N.º teléfono: _____

Dirección del trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

QUE OCURRIÓ

Actividad que se realizaba en el momento del accidente: _____

Fecha del accidente: _____ Hora del accidente: _____ ☐ AM ☐ PM Fecha de la notificación: _____

Turno: ☐ AM ☐ PM ☐ Nocturno ☐ Otro Trabajaba el empleado durante ☐ Sí ☐ No Hora de inicio del turno: _____
horas extraordinarias:

Lugar del accidente (área específica) _____

Testigo(s) del accidente: _____

Descripción del evento: _____

Describe los daños materiales asociados con el accidente: _____

Formulario proporcionado por **Care West Insurance Company**

P.O. Box 277550 Sacramento, CA 95827
Teléfono: 844-326-2918; Fax: 866-774-1846
CWclaims@corvel.com

POR QUE OCURRIO

INVESTIGACIÓN

Fecha de la investigación: _____ Persona(s) realizando la investigación: _____

Supervisor del empleado: _____

Quién era la persona inmediata a cargo en el momento del accidente: _____

Favor de explicar la formación proporcionada para realizar la actividad y cuándo fue la última vez que se proporcionó: _____

¿Existe un procedimiento por escrito describiendo cómo realizar la actividad de forma segura? Explique: _____

Equipo involucrado: Tipo _____ N.º Modelo _____ Fabricante _____

Causa inmediata: _____

ANÁLISIS DE LA CAUSA FUNDAMENTA – Por qué ocurrió el accidente

VERIFICACION QUE SE SE HA TOMADO ACCION

Acción correctiva

Describa la acción que se ha tomado y qué acciones quedan por tomarse. Enumere las acciones provisionales o temporales. El retraso de toda acción debe explicarse.

Firma del Supervisor: _____

Fecha: _____

Revisión del Comité de Seguridad: _____

Fecha: _____

Verificación que la corrección se ha completado:

La Dirección de la empresa: _____

Fecha: _____

Formulario proporcionado por **Care West Insurance Company**

P.O. Box 277550 Sacramento, CA 95827

Teléfono: 844-326-2918; Fax: 866-774-1846

CWclaims@corvel.com