| Nombre de la Organización**>>** Informe de la Gerencia Sobre Investigación de Accidente  |
| --- |
| [ ]  **Lesión- Primeros auxilios solamente** [ ]  **Propiedad Dañada**[ ]  **Lesión- Tratamiento médico** [ ]  **Casi Lesión** |
| **Empleado lesionado: Ocupación:****Departamento asignado: Supervisor:****Fecha del accidente: Hora del accidente:****Fecha que el accidente fue reportado: Testigos:****Dirección y ubicación del accidente:**  |
| Resumen: Describa el accidente. Utilizar fotos o dibujos si es necesario. |
| **Análisis: Identifique las posibles causas del accidente y cómo se podría haber evitado.** |
| **Recomendaciones: Identifique cualquier acción correctiva que pueda prevenir la repetición de accidentes similares.** |
| **Medidas Utilizadas: Describa las medidas utilizadas por la administración para mejorar el sistema (entrenamiento de los empleados, equipo nuevo, cambios en las políticas de seguridad, cambios en los procedimientos operativos, etc.) y para prevenir la ocurrencia de accidentes similares.** **Acción Correctiva**  **Asignada A**  **Fecha aplicadA NotAs**  |
| **Informe completado por:** |  | **Fecha:**  |  |
| **Informe revisado por:** |  | **Fecha:**  |  |