

**DATOS DE ACCIDENTE
DIVISION SEGURIDAD OCUPACIONAL**

FECHA: _____ HORA: _____ LUGAR: _____

DATOS DEL SUPERVISOR XPERTS DEL PROYECTO

NOMBRE: _____ PROYECTO: _____

LUGAR ESPECIFICO: _____

DATOS DEL EMPLEADO LESIONADO

NOMBRE COMPLETO: _____

HORA COMENZO A TRABAJAR: _____

DATOS DEL ACCIDENTE:

Primeros Auxilios, solamente en Proyecto: Sí No

Lesionado atendido en Centro de Emergencias: Sí No

Nombre Centro de Cuidado : _____

Nombre Médico Centro de Cuidado : _____

CARACTERISTICAS PADECIDAS POR EL LESIONADO:

MUERTE: ¿Cuándo ocurrió la muerte?

DIAS FUERA DEL TRABAJO: ¿Cuántos días?

TRABAJO RESTRINGIDO O TRANSFERIDO: Favor explicar condiciones

HOSPITALIZACION: Tiempo duración

