

## Cómo usar estas importantes HERRAMIENTAS

### Incluye:

Formulario de informe de lesión del empleado

Formulario de declaración de testigo de accidente

Formulario de investigación de accidente del supervisor

*Se pueden hacer copias de los formularios, según sea necesario.*

*Los formularios también están disponibles para imprimir en formato pdf en línea en [www.ceiwc.com](http://www.ceiwc.com).*



### ¿Necesita ayuda?

Si desea obtener ayuda para programar la capacitación de supervisión sobre el uso de estos formularios, por favor comuníquese con su Ajustador de Reclamaciones o Consultor de Gestión de Seguridad de Chesapeake llamando al 1-800-264-4943.

El empleado lesionado, el supervisor y todos los testigos del accidente deben completar los formularios/declaraciones de investigación de accidente. Capacite a sus supervisores para que lleven a cabo la investigación preliminar tan pronto como sea posible.



**IMPORTANTE:** Se debe tener cuidado en cuanto a garantizar que la investigación determine los hechos, no las faltas. La obtención de declaraciones firmadas tan pronto como sea posible después de un accidente asegura que usted, el empleador, tenga un informe exacto de cómo ocurrió la lesión. Estas declaraciones completadas son importantes para ayudar a corregir los riesgos y evitar que el accidente se repita. También ayudan a detectar la posible responsabilidad de terceros, así como las posibles reclamaciones fraudulentas.

Después de completar estos formularios, ¿qué hago con ellos?

Por favor, envíe los formularios completados a su Ajustador de Reclamaciones y guarde una copia para sus archivos. Estos formularios completados pueden proporcionar información valiosa en la investigación de reclamaciones de una lesión y en el desarrollo de la defensa en caso de una audiencia de compensación laboral.

### ¿Qué sucede si mi empleado lesionado es físicamente incapaz de completar el Informe de lesión del empleado?

Use el sentido común y el buen juicio. Si la lesión es grave, recuerde que la salud y el cuidado de su empleado están en primer lugar. Si es posible, solicítele que complete el formulario en un momento posterior, más apropiado, cuando el empleado se encuentre en condiciones físicas que le permitan documentar el accidente.

### ¿Qué sucede si mi empleado se niega a completar o firmar un Informe de lesión del empleado?

Por supuesto, usted no puede obligar a un empleado a completar el documento. Sin embargo, puede hacer hincapié en la importancia de obtener su versión del accidente para determinar de manera precisa lo sucedido y ayudar a evitar que el accidente vuelva a ocurrir. Además, obtenga el informe del supervisor, así como las declaraciones de todos los testigos.

### ¿Qué sucede si mi empleado ha contratado a un abogado? ¿Puedo de todos modos pedirle al empleado lesionado que llene un Informe de lesión del empleado?

Sí. Usted, el empleador, como parte del plan de gestión de accidentes de su compañía, de todos modos puede pedirle al empleado que llene el formulario de informe.



# Informe de lesión del empleado

Titular de la póliza: _____
N.º de la póliza: _____

(Debe ser completado únicamente por el empleado).

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Hombre \_\_ Mujer \_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. N.º de teléfono particular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Estado civil: C / D / V / S      Estatura/Peso: \_\_\_\_\_ pies / \_\_\_\_\_ libras      \_\_Diestro o \_\_ Zurdo

Dirección residencial: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Códigopostal: \_\_\_\_\_

Puesto de trabajo actual: \_\_\_\_\_ Antigüedad en este empleo: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Salario semanal: \_\_\_\_\_

Ubicación del accidente: \_\_\_\_\_  
Dirección y ubicación del accidente (muelle de carga, cuarto de baño, etc.)

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_ Hora del accidente: \_\_\_\_\_

Describa detalladamente cómo ocurrió el accidente (incluidos los eventos que ocurrieron inmediatamente antes del mismo):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describa la lesión corporal que sufrió (sea específico acerca de la parte o las partes del cuerpo afectadas):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Recomendación sobre cómo evitar que este accidente se repita: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del supervisor: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre(s) del (de los) testigo(s): \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cuándo informó del accidente a su supervisor? \_\_\_\_\_  
(Anexe el (los) informe(s) del (de los) testigo(s))

¿A quién informó de la lesión? \_\_\_\_\_

¿Necesita atención médica? Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Tal vez: \_\_\_\_\_

Nombre del médico a cargo del tratamiento: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_





# Formulario de investigación de accidente del supervisor

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
 N.º de la póliza: \_\_\_\_\_

(Debe ser completado por el supervisor del empleado u otro directivo administrativo a cargo).

Ubicación donde ocurrió el accidente		Instalaciones del empleador: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha del accidente o enfermedad:
		Lugar de trabajo: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Quién resultó lesionado?		Empleado <input type="checkbox"/> No empleado <input type="checkbox"/>	Hora del accidente a.m. <input type="checkbox"/>
		Si no es empleado, especifique _____	p.m. <input type="checkbox"/>
Antigüedad dentro de la compañía:	Puesto de trabajo u ocupación:	Nombre del departamento de asignación habitual:	¿Cuánto tiempo ha trabajado el empleado en el trabajo donde sufrió la lesión o contrajo la enfermedad?
¿Qué propiedades/equipos resultaron dañados?			Propiedades/equipos de propiedad de:
¿Qué estaba haciendo el empleado cuando sufrió la lesión/contrajo la enfermedad? ¿Qué máquina o herramienta estaba siendo usada? ¿Qué tipo de operación?			
¿Cómo sufrió la lesión/contrajo la enfermedad? Haga una lista de todos los objetos y sustancias involucrados.			
¿Fue el accidente el resultado de la negligencia de otra parte?		En ese caso, nombre la parte negligente:	
¿Parte del cuerpo afectada/lesionada?		¿Alguna condición de salud física anterior? En caso afirmativo, ¿cuál?	
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Naturaleza y magnitud de la lesión/enfermedad y propiedades dañadas (sea específico):			
¿Tiene inquietudes acerca de este supuesto accidente o lesión? En caso afirmativo, especifique:			

**POR FAVOR, INDIQUE TODO LO SIGUIENTE QUE CONTRIBUYÓ A LA LESIÓN O ENFERMEDAD**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No adhesión a cierre patronal | <input type="checkbox"/> Mantenimiento inadecuado            | <input type="checkbox"/> Operaciones de orden y limpieza deficientes |
| <input type="checkbox"/> Sin asegurar                  | <input type="checkbox"/> Equipos de protección inadecuados   | <input type="checkbox"/> Mala ventilación                            |
| <input type="checkbox"/> Juegos pesados                | <input type="checkbox"/> Dispositivo de seguridad inoperante | <input type="checkbox"/> Arreglo o proceso poco seguro               |
| <input type="checkbox"/> Indumentaria inadecuada       | <input type="checkbox"/> Falta de capacitación o habilidad   | <input type="checkbox"/> Equipos poco seguros                        |
| <input type="checkbox"/> Vigilancia inadecuada         | <input type="checkbox"/> Operación sin autorización          | <input type="checkbox"/> Posición poco segura                        |
| <input type="checkbox"/> Instrucción inadecuada        | <input type="checkbox"/> Impedimento físico o mental         | <input type="checkbox"/> Otro _____                                  |

Acción correctiva del supervisor para garantizar que este tipo de accidente no se repita: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- ¿El empleado recibió capacitación en lo que respecta al uso apropiado de equipos de protección personal/procedimientos de seguridad adecuados? Sí  No
- ¿Estaba el empleado usando los equipos de protección personal apropiados/procedimientos de seguridad adecuados en ese momento? .....Sí  No
- ¿El empleado informó oportunamente sobre la lesión/enfermedad? .....Sí  No
- ¿Hay tareas modificadas disponibles? .....Sí  No

Nombre del supervisor	Firma del supervisor	N.º de teléfono	Fecha
-----------------------	----------------------	-----------------	-------