



FORMULARIO DE ACCIDENTE

Fecha.....Número de registro.....

Identificación del accidentado

Nombre.....
Apellido.....
Documento y número: CI..... Pasaporte..... Otro.....
Sexo: Femenino..... Masculino.....
Fecha de Nacimiento: Día.....Mes.....Año..... Edad:
E-mail:Teléfono:
Vínculo con la UdelaR: Funcionario..... Estudiante..... Otro.....
Antigüedad en la institución: años..... Meses.....
Área a la que pertenece:
Teléfono de dicha área:
Cargo en el área:
Antigüedad en la tarea: años..... Meses.....

Información del accidente

Fecha del accidente: Día.....Mes.....Año.....Hora.....minutos.....
Día de la semana: Lunes....Martes.... Miércoles.... Jueves.... Viernes.... Sábado.... Domingo....
Horario de trabajo: de..... a.....
Lugar del accidente:
Nombre del superior inmediato:
Teléfono del lugar del accidente:
Ha tenido otros accidentes: Si..... No..... Cantidad.....
Abandona el trabajo antes del horario de finalización: SiNo
Primeros auxilios prestados por:

Caracterización del Accidente

Actividad que realizaba en el lugar del accidente:
.....
.....
.....
.....
Descripción detallada del accidente:
.....
.....
.....
.....

Clasificación del Accidente

Según la naturaleza de la lesión

Fracturas Luxaciones Torceduras y esguinces Conmociones y traumatismos internos
Amputaciones y enucleaciones Otras heridas Traumatismos superficiales
Contusiones y aplastamientos Quemaduras Envenenamientos agudos e intoxicaciones agudas
Efectos del tiempo, de la exposición al frío y a los elementos y de otros estados conexos Asfixias
Efectos de la electricidad Efectos nocivos de las radiaciones
Lesiones múltiples de naturalezas diferentes Otros traumatismos y traumatismos mal definidos

Según la ubicación de la lesión

Cabeza Cuello Tronco Membro superior Membro inferior Ubicaciones múltiples
Lesiones generales Ubicación no precisada

Según la forma del accidente

Caídas de personas Caídas de objetos
Pisadas sobre, choques contra, o golpes por objetos, a excepción de caídas de objetos
Atrapada por un objeto o entre objetos Esfuerzos excesivos o falsos movimientos
Exposición a, o contacto con, temperaturas extremas Exposición a, o contacto con, la corriente eléctrica
Exposición a, o contacto con, sustancias nocivas o radiaciones Otras formas de accidente

Según el agente material

Máquinas Medios de transporte y de manutención Otros aparatos
Materiales, sustancias y radiaciones Ambiente del trabajo
Otros agentes no clasificados bajo otros epígrafes Agentes no clasificados por falta de datos suficientes

Observaciones:

.....

Medidas Correctivas/Preventivas

1. Acción:

Responsable/s: Fecha de ejecución:

Acción:

Responsable/s: Fecha de ejecución:

Acción:

Responsable/s: Fecha de ejecución:

4. Acción:

Responsable/s: Fecha de ejecución:

Información adicional

Persona responsable en el momento del accidente:

Persona que investigó el accidente:

Personas que aportaron para la investigación:

Responsable de la sección:

Observaciones:

UNA VEZ REALIZADO EL LLENADO DE ESTE FORMULARIO ENTREGAR A LA SECCION VIGILANCIA.
MUCHAS GRACIAS

COMISION DE SALUD Y SEGURIDAD DE ESTUDIANTES Y TRABAJADORES (COSSET)
