

## PAUTA INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES/INCIDENTES DEL TRABAJO

(Llenar de acuerdo a Procedimiento de Actuación frente a ocurrencia de un Accidente de Trabajo-Trayecto o EP)

NIVEL CENTRAL/SEREMI			
DIRECCIÓN DEPENDENCIA			
<b>1.- IDENTIFICACIÓN DEL ACCIDENTADO</b>			
NOMBRE			
DIRECCIÓN PARTICULAR			
RUT		EDAD	
CARGO		TELÉFONO	
NOMBRE JEFE DIRECTO			
ANTIGÜEDAD EN LA INSTITUCIÓN		ANTIGÜEDAD EN EL CARGO	

<b>2.- INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE</b>			
FECHA		HORA	
LUGAR PRECISO EN QUE OCURRE EL ACCIDENTE (UNIDAD/SECCIÓN/DEPENDENCIA)			
DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRE ACCIDENTE:	<input type="checkbox"/> LUNES <input type="checkbox"/> MARTES <input type="checkbox"/> MIÉRCOLES	<input type="checkbox"/> JUEVES <input type="checkbox"/> VIERNES <input type="checkbox"/> SÁBADO	<input type="checkbox"/> DOMINGO
Nº HORAS TRABAJADAS HASTA EL MOMENTO DEL ACCIDENTE			
TIPO DE EVENTO	<input type="checkbox"/> ACC. DE TRABAJO:	<input type="checkbox"/> CON INCAPACIDAD <input type="checkbox"/> SIN INCAPACIDAD	<input type="checkbox"/> ENF PROFESIONAL <input type="checkbox"/> INCIDENTE
<b>3.- DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE/INCIDENTE</b>			
ACTIVIDAD REALIZADA EN EL LUGAR DEL ACCIDENTE			
DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL ACCIDENTE/INCIDENTE			
IDENTIFICACIÓN Y DECLARACIÓN DE TESTIGOS según corresponda			
ELEMENTO QUE CAUSÓ LA LESIÓN			
ACCIDENTE OCURRIDO: (Especificar qué hacía)	<input type="checkbox"/> A CAUSA DEL TRABAJO	<input type="checkbox"/> CON OCASIÓN DEL TRABAJO	
PARTES DEL CUERPO LESIONADAS	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> BRAZO	<input type="checkbox"/> CABEZA <input type="checkbox"/> TRONCO	<input type="checkbox"/> OJOS <input type="checkbox"/> PIERNAS
			<input type="checkbox"/> CARA <input type="checkbox"/> PIES <input type="checkbox"/> MANOS <input type="checkbox"/> MÚLTIPLES

<b>4.- TIPO DE ACCIDENTE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Golpe con (objetos manejados por el mismo accidentado)</li> <li><input type="checkbox"/> Golpe por (objetos o materiales ajenos al accidentado)</li> <li><input type="checkbox"/> Golpe contra (la persona se golpea con objeto de su medio ambiente)</li> <li><input type="checkbox"/> Caída del mismo nivel</li> <li><input type="checkbox"/> Caída de distinto nivel</li> <li><input type="checkbox"/> Prendimiento (retención de personas por elementos sobresalientes)</li> <li><input type="checkbox"/> Atrapamiento (la persona es oprimida, aplastada, apretada o comprimida entre objetos)</li> <li><input type="checkbox"/> Aprisionamiento (la persona queda encerrada en algún recinto, por Ej. en un espacio confinado)</li> <li><input type="checkbox"/> Sobreesfuerzo (esfuerzo mal realizado o por sobre la capacidad)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Contacto por (la persona es tocada por algún objeto o sustancia que le inflige lesión no producido por la fuerza: ácido. Material caliente, etc.)</li> <li><input type="checkbox"/> Contacto con (la persona hace contacto con algún objeto o sustancia que le inflige lesión no producida por la fuerza)</li> <li><input type="checkbox"/> Contacto eléctrico</li> <li><input type="checkbox"/> Tránsito (choque o colisión en que la persona tuvo una activa participación)</li> <li><input type="checkbox"/> Tránsito por terceros, choque en que la persona no tuvo participación activa (si vehículo estaba detenido)</li> <li><input type="checkbox"/> Mordedura de perros</li> <li><input type="checkbox"/> Asalto</li> <li><input type="checkbox"/> Otras causas</li> </ul>
<b>5.- DETERMINACIÓN DE CAUSAS INMEDIATAS</b>	
<b>Acción Subestándar</b>	<b>Condición Subestándar</b>

## SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

<input type="checkbox"/> Asumir posiciones o posturas inseguras <input type="checkbox"/> Dejar inoperantes los dispositivos de seguridad <input type="checkbox"/> Desviarse de procedimientos de trabajo recomendados <input type="checkbox"/> Distraerse en juegos u otros <input type="checkbox"/> No advertir o señalar riesgos según se requiera <input type="checkbox"/> No utilizar elementos de protección personal <input type="checkbox"/> Operar a velocidad insegura <input type="checkbox"/> Operar máquinas/equipos sin autorización <input type="checkbox"/> Reparar, conducir equipos sin considerar los riesgos <input type="checkbox"/> Usar en forma insegura materiales, equipos, herramientas <input type="checkbox"/> Usar herramientas, instrumental y/o equipos inseguros <input type="checkbox"/> No se detectó acción subestándar <input type="checkbox"/> Otras acciones subestándar (especifique)    	<input type="checkbox"/> Almacenamiento deficiente <input type="checkbox"/> Congestión y espacio libre insuficiente <input type="checkbox"/> Construcciones o instalaciones inseguras <input type="checkbox"/> Defectos de maquinarias, materiales o herramientas <input type="checkbox"/> Equipos sin protección <input type="checkbox"/> Falta de adecuados sistemas de advertencia <input type="checkbox"/> Falta de adecuados sistemas de seguridad <input type="checkbox"/> Falta de orden y aseo <input type="checkbox"/> Objetos que sobresalen <input type="checkbox"/> Propensión a arder o explotar <input type="checkbox"/> No se detectó condición subestándar <input type="checkbox"/> Otras condiciones subestándar (Especifique)    
--	--

6.- DETERMINACIÓN DE CAUSAS BÁSICAS (Causa Raíz)		
Factores Personales	Factores del Trabajo	
<input type="checkbox"/> Capacidad física disminuída <input type="checkbox"/> Capacidad mental /sicológica inadecuada <input type="checkbox"/> Tensión física o fisológica <input type="checkbox"/> Tensión mental o fisológica <input type="checkbox"/> Falta de conocimiento <input type="checkbox"/> Falta de habilidad <input type="checkbox"/> Motivación inadecuada	<input type="checkbox"/> Supervisión y liderazgo deficiente <input type="checkbox"/> Ingeniería Inadecuada <input type="checkbox"/> Deficiencia en las adquisiciones <input type="checkbox"/> Mantenición deficiente <input type="checkbox"/> Herramientas y equipos inadecuados <input type="checkbox"/> Estándares deficientes de trabajo <input type="checkbox"/> Uso y desgaste <input type="checkbox"/> Condiciones ambientales adversas	
7.- MEDIDAS CORRECTIVAS		
ACCIÓN	RESPONSABLE EJECUCIÓN	FECHA DE EJECUCIÓN

<b>8.- PÉRDIDAS</b>			
Tiempo perdido		Tiempo de reposición de servicio	
Equipos o herramientas dañadas			
<b>9.- VERIFICACIÓN DE MEDIDAS CORRECTIVAS Y RECOMENDACIONES IMPLEMENTADAS</b>			
Verificación del cumplimiento de las medidas correctivas y recomendaciones			
Fecha de cierre		Nombre y Firma	