



# Paquete de investigación de accidentes

---

Como parte de su [Injury and Illness Prevention Program](#) (IIPP), todos los empleadores **deben** conducir una investigación interna de todas las lesiones y enfermedades laborales. Para ayudarle a completar todos los requisitos, este paquete incluye una lista de verificación con los pasos de que seguir cuando ocurre un accidente. Después de completar la lista de verificación, el siguiente paso de seguir es completar el Informe de incidentes de accidentes y cuasi accidentes. Recuerda de mantener un archivo de estos registros para referencias en el futuro.

Para más información, consulte [Investigación de accidente: Es un deber](#).



# Lista de verificación de la investigación de accidentes

Por favor, llene las dos páginas de esta lista de verificación y, después, llene el Informe de incidentes de accidentes/cuasi accidentes.

<b>Qué hacer después de un accidente</b>		<b>SÍ</b>	<b>No es aplicable</b>	<b>Fecha de finalización</b>	<b>Iniciales</b>
<b>Pasos iniciales</b>					
1.	Identificar al empleado o empleados lesionados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.	Evaluar la gravedad de la lesión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.	Proporcione el formulario <a href="#">DWC 1</a> a su empleado lesionado dentro de las 24 horas a la lesión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.	Obtener tratamiento médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5.	Asegurarse de que se corrijan todos los peligros inminentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.	Acordonar el lugar del incidente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7.	Inmovilizar todo el equipo que estuvo involucrado en el accidente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8.	Informar de la lesión a su proveedor de seguros de compensación a los trabajadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9.	Llenar el formulario de Cal/ OSHA: Registro de lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo. ( <a href="#">Form 300</a> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10.	Llenar el formulario Informe del empleador sobre lesiones o enfermedades ocupacionales. ( <a href="#">Form 5020</a> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11.	Notificar a la <a href="#">Oficina de Distrito de Cal/OSHA</a> si la lesión entra en el marco de los <a href="#">requisitos de notificación</a> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Durante la investigación del accidente</b>					
12.	Tome fotografías, videos, haga diagramas y mediciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13.	Identifique los peligros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14.	Corrija los peligros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Documentación y entrevistas</b>					
15.	Investigue el accidente y documéntelo por escrito (ver las páginas 4 y 5).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
16.	Identifique a uno o más testigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17.	Explique el objetivo de la entrevista y la investigación a los testigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
18.	Entreviste el testigo o los testigos separado y privado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
19.	Si es necesario, identifique un traductor para los testigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20.	¿Es un empleado del sindicato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
21.	Si la respuesta a la pregunta 20 es afirmativa, ¿estaba presente un representante sindical?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<b>Qué hacer después de un accidente</b>		<b>SÍ</b>	<b>No es aplicable</b>	<b>Fecha de finalización</b>	<b>Iniciales</b>
	<b>Conclusión de la investigación</b>				
22.	<b>La causa raíz</b> está identificada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
23.	Vuelva a capacitar a todos los empleados si se trata de un peligro nuevo o de uno anterior no reconocido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Yo, \_\_\_\_\_, he realizado esta investigación del accidente respetando la confidencialidad de todas las personas implicadas.

Firma del Investigador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*Las evaluaciones y/o recomendaciones se presentan como consejos generales solamente y no se deben usar como recomendaciones médicas ni para fines de cumplimiento legal. Estas se basan únicamente en la información que se nos ha proporcionado y están relacionadas solamente con las condiciones específicas indicadas. No proporcionamos ninguna garantía, ya sea expresa o implícita, de que su lugar de trabajo este seguro o saludable, ni de que cumpla con todos los reglamentos, leyes o normas.*

Para obtener más información, visite: [www.SafeAtWorkCA.com](http://www.SafeAtWorkCA.com)



# Informe de incidentes de accidentes y cuasi accidentes

La investigación de un accidente o un cuasi incidente en el lugar de trabajo le ayuda a descubrir criterios que puede usar para prevenir accidentes a futuro y proteger a sus empleados. Si hubiera una lesión como resultado de un accidente, el primer paso es informar la lesión de inmediato a su compañía de seguros de compensación a los trabajadores y después comenzar a investigar el incidente. Este formulario no sustituye el Informe de reclamación del Primer informe del empleador sobre una enfermedad o lesión ocupacional (Form 5020). Los cuasi accidentes (donde no hubo lesiones) no requieren que se informe a su compañía de seguros, pero la investigación para encontrar el origen del suceso tiene la misma importancia, para que usted pueda hacer los cambios necesarios que impedirán accidentes futuros.

**Llene las dos páginas de este informe. Si necesita más espacio, adjunte páginas adicionales.**

<b>Nombre del trabajador lesionado:</b>		<b>Título del puesto del trabajador lesionado:</b>	
<b>Fecha del accidente:</b>		<b>Hora del accidente:</b>	<input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM
<b>Dirección del lugar donde ocurrió la lesión:</b>			
<b>Naturaleza de las lesiones:</b>			
<b>Testigos del accidente:</b>			
<b>Describa cómo ocurrió la lesión y la tarea que se realizaba al momento de la lesión:</b>			
<b>¿Estaba capacitado el empleado para realizar la tarea? Si así fuera, indique la fecha de la capacitación.</b>			
<b>Causa raíz del accidente y factores que contribuyeron:</b>			

**Informe de accidente/casi accidente, continuación**

<b>Medidas correctivas tomadas para prevenir la recurrencia del mismo accidente:</b>			
<b>Plazo para finalizar las medidas correctivas y fecha en que finalizaron:</b>			
Nombre en letra de molde:		Fecha:	
Firma:		Fecha:	
Última actualización de:		Fecha:	