



INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE

RELLENAR TODOS LOS CAMPOS, AQUELLOS FORMULARIOS DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE QUE NO ESTE CUMPLIMENTADOS EN SU TOTALIDAD Y DE MANERA CORRECTA NO PODRÁN SER COMUNICADOS A LA AUTORIDAD LABORAL.

NOMBRE TRABAJADOR:

NOMBRE EMPRESA:

1. **¿CUAL ES LA MODALIDAD DE ORGANIZACIÓN PREVENTIVA ADOPTADA POR LA EMPRESA?**
 - a. Asunción personal por el empresario de la actividad preventiva de la empresa.
 - b. Servicio de Prevención Ajeno , Indicar el nombre_____
 - c. Servicio de Prevención Propio.
 - d. Servicio de Prevención Mancomunado.
 - e. Trabajadores designados.
2. **LUGAR DONDE SUCEDIÓ EL ACCIDENTE DE TRABAJO :**
 - a. En el centro de trabajo habitual.
 - b. En desplazamiento en su jornada laboral.
 - c. Al ir o volver del trabajo.
 - d. En otro centro de trabajo.

Si el accidente hubiera sucedido en un lugar fuera del centro de trabajo habitual, indicar localización exacta (Calle , número, municipio, provincia, o punto kilométrico en caso de accidente in itinere)

3. **HORA Y DÍA DEL ACCIDENTE**
4. **HORA EN LA QUE EL TRABAJADOR EMPEZABA A TRABAJAR**
5. **DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE**

6. **¿CÓMO SE HA LESIONADO LA PERSONA ACCIDENTADA? INDIQUE LA PARTE DEL CUERPO Y EL TIPO DE HERIDA O LESIÓN**
7. **¿HA HABIDO ALGÚN APARATO O AGENTE MATERIAL CAUSANTE? ¿CÚAL?**
8. **¿HUBO TESTIGOS?** En caso afirmativo, indique nombre, domicilio y teléfono.
9. **TIPO DE ASISTENCIA :**
 - a. Sanitaria
 - b. Ambulatoria

En caso de ser hospitalizado, indique el nombre del establecimiento donde ha sido hospitalizado.

¡Muchas gracias por su colaboración!

