

UNIVERSIDAD DE OREGON

INFORME DE LESIONES EN EL LUGAR DE TRABAJO

Servicios de Seguridad y Riesgos
1260 Universidad de Oregon
1715 Franklin Blvd., Suite 2A

Teléfono: 541-346-8316
Fax: 855-658-7729
workinjury@uoregon.edu

Instrucciones: Debe ser completado por el empleado con un miembro principal del personal, supervisor o gerente **DENTRO DE 24 HORAS** desde cuando el empleado informa una lesión, enfermedad o cuasi accidente laboral. Complete **TODAS LAS SECCIONES**, no deje ningún espacio en blanco

Departamento _____ Fecha de Informe _____

Fecha del Incidente _____ Hora del Incidente _____ a.m. or p.m.

Información del Empleado:	
Nombre del Empleado _____	
Apellido(s)	Nombre Inicial
# de Empleado _____ Fecha de Nacimiento _____ Título del Puesto _____	
Categoría de Empleado <input type="checkbox"/> Regular, Tiempo <input type="checkbox"/> Temporal UO <input type="checkbox"/> Estudiante Trabajador Completo <input type="checkbox"/> Regular, Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Agencia Temporal <input type="checkbox"/> Voluntario	
Días Laborales <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D Horas Laborales _____	
Información de Lesiones:	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Naturaleza de Lesión(es)</div> <input type="checkbox"/> Quemadura <input type="checkbox"/> Inflamación/irritación <input type="checkbox"/> Moretón <input type="checkbox"/> Arañazos/abrasiones <input type="checkbox"/> Cortada <input type="checkbox"/> Torcedura/desgarro <input type="checkbox"/> No lesión <input type="checkbox"/> Otros _____ Parte del Cuerpo Afectado _____ <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Ambos	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Causa de lesión(es)</div> <input type="checkbox"/> Quemado por: _____ <input type="checkbox"/> Cortado por: _____ <input type="checkbox"/> Contactado con: _____ <input type="checkbox"/> Atrapado por: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <u>Caida/Resbalón/Tropezo</u> <u>Torcedura/Desgarro</u> <input type="checkbox"/> <u>Otros</u> </div> <input type="checkbox"/> Diferente nivel <input type="checkbox"/> Levantando _____ <input type="checkbox"/> Mismo nivel <input type="checkbox"/> Agachando/cuclillas _____ <input type="checkbox"/> Condición del piso <input type="checkbox"/> Agarrando/llevando _____ <input type="checkbox"/> Condición del tiempo <input type="checkbox"/> Empujando/jalando _____ <input type="checkbox"/> Objeto sobre <input type="checkbox"/> Alcanzando <input type="checkbox"/> En la cerra <input type="checkbox"/> Movimiento repetitivo <input type="checkbox"/> En la escaleras <input type="checkbox"/> Escalera <input type="checkbox"/> Calzado <input type="checkbox"/> Girando/vuelta <input type="checkbox"/> Apresurado(a) <input type="checkbox"/> Caminando
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Treatmento</div> <input type="checkbox"/> Recibí primeros auxilios <input type="checkbox"/> Buscará tratamiento médico <input type="checkbox"/> Recibí tratamiento médico (para presentar un reclamo de compensación para trabajadores complete el formulario 801) <input type="checkbox"/> Transporte al Hospital * <input type="checkbox"/> Fatalidad* <input type="checkbox"/> No tratamiento <input type="checkbox"/> Otros _____	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Sangre**</div> ¿Hubo sangre presente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿estuvo alguien expuesto a la sangre <input type="checkbox"/> Si** <input type="checkbox"/> No **Si un empleado estuvo expuesto a la sangre o fluidos corporales de otra persona, consulte los procedimientos de exposición en safety.uoregon.edu/bloodborne-pathogens
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Situación Laboral</div> <input type="checkbox"/> Se fue temprano <input type="checkbox"/> Faltó días de trabajo, fechas: _____ <input type="checkbox"/> No faltó al trabajo	
*Si la fatalidad o el transporte del hospital, llame a Servicios de Seguridad y Riesgos inmediatamente al 541-346-3192.	

Detalles del Incidente:				
Sitio Específico del Incidente (i.e. edificio, habitación, etc.)				
Tarea/Actividad en el momento del incidente				
Testigo(s) (Nombre e Información de Contacto)				
Describir el Incidente Listar la secuencia de eventos. ¿Qué pasó y por qué? <hr/> <hr/> <hr/>				
Causas Profundas:				
Identificar factores que pueden haber contribuido o causado incidentes (marque todos los que apliquen):				
<u>Administración</u>		<u>Ambiente</u>		
<input type="checkbox"/> Los procedimientos de seguridad deben revisarse <input type="checkbox"/> Formación necesaria		<input type="checkbox"/> Condiciones constructivas <input type="checkbox"/> Productos químicos <input type="checkbox"/> Iluminación	<input type="checkbox"/> Clima <input type="checkbox"/> Causada por una tercera entidad, nombre: _____ _____	
<u>Empleado:</u>		<u>Equipo</u>		
<input type="checkbox"/> Fuerza excesiva (inicio repentino) <input type="checkbox"/> Esfuerzo excesivo (con el tiempo) <input type="checkbox"/> Movimiento repetitivo <input type="checkbox"/> Corriendo <input type="checkbox"/> Postura incómoda <input type="checkbox"/> No vigilando la tarea <input type="checkbox"/> No mente fija en la tarea <input type="checkbox"/> Equilibrio o tracción <input type="checkbox"/> Agarre <input type="checkbox"/> Se necesitó asistencia con la tarea <input type="checkbox"/> Teléfono celular en uso <input type="checkbox"/> Auriculares en uso		<input type="checkbox"/> Uso incorrecto <input type="checkbox"/> Herramienta apropiada no disponible o no usada <input type="checkbox"/> El PPE necesita ser revisado <input type="checkbox"/> Herramienta/equipo en necesidad de reparación, describir: _____ _____		
		<u>Otros/Explicar:</u> _____ _____ _____		
Recomendaciones:				
¿Qué se puede hacer para evitar que este incidente suceda de nuevo? Explicar: _____ _____				
¿Quién va a seguir? _____ Fecha para completar: _____				
Firmes: Al firmar lo siguiente, certifico que esta información es verdadera y correcta a mi mejor conocimiento.				
Empleado trabajador principal/ director	Nombre Completo	Firma	Fecha	Teléfono

Devuelva este formulario a servicios de seguridad y riesgo dentro de las 24 horas del aviso de incidente FAX: 855-658-7729 o correo electrónico workinjury@uoregon.edu