

# 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: 541-346-3192  
Fax: 541-346-7008  
[workinjury@uoregon.edu](mailto: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 accident 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.

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

| Detalles del Incidente:  |                 |  |  |          |
|--|-----------------|--|--|----------|
| Sitio Específico del Incidente<br>(i.e. edificio, habitación, etc.)  |                 |  |  |          |
| Tarea/Actividad en el momento del incidente  |                 |  |  |          |
| Testigo(s) (Nombre e Información de Contacto)  |                 |  |  |          |
| <b>Describir el Incidente</b><br>Listar la secuencia de eventos. ¿Qué pasó y por qué?<br><hr/> <hr/> <hr/> <hr/>   |                 |  |  |          |
| Causas Profundas:  |                 |  |  |          |
| <b>Identificar factores que pueden haber contribuido o causado incidentes (marque todos los que apliquen):</b>   |                 |  |  |          |
| <u>Administración</u>  |                 | <u>Ambiente</u>  |  |          |
| <input type="checkbox"/> Los procedimientos de seguridad deben revisarse<br><input type="checkbox"/> Formación necesaria   |                 | <input type="checkbox"/> Condiciones constructivas<br><input type="checkbox"/> Productos químicos<br><input type="checkbox"/> Iluminación  | <input type="checkbox"/> Clima<br><input type="checkbox"/> Causada por una tercera entidad, nombre: _____<br>_____ |          |
| <u>Empleado:</u>   |                 | <u>Equipo</u>  |  |          |
| <input type="checkbox"/> Fuerza excesiva (inicio repentino)<br><input type="checkbox"/> Esfuerzo excesivo (con el tiempo)<br><input type="checkbox"/> Movimiento repetitivo<br><input type="checkbox"/> Corriendo<br><input type="checkbox"/> Postura incómoda<br><input type="checkbox"/> No vigilando la tarea<br><input type="checkbox"/> No mente fija en la tarea<br><input type="checkbox"/> Equilibrio o tracción<br><input type="checkbox"/> Agarre<br><input type="checkbox"/> Se necesitó asistencia con la tarea<br><input type="checkbox"/> Teléfono celular en uso<br><input type="checkbox"/> Auriculares en uso |                 | <input type="checkbox"/> Uso incorrecto<br><input type="checkbox"/> Herramienta apropiada no disponible o no usada<br><input type="checkbox"/> El PPE necesita ser revisado<br><input type="checkbox"/> Herramienta/equipo en necesidad de reparación, describir:<br>_____<br>_____<br>_____ |  |          |
|  |                 | <u>Otros/Explicar:</u><br>_____<br>_____<br>_____  |  |          |
| Recomendaciones:   |                 |  |  |          |
| <b>¿Qué se puede hacer para evitar que este incidente suceda de nuevo?</b><br>Explicar: _____<br>_____   |                 |  |  |          |
| <b>¿Quién va a seguir?</b> _____ <b>Fecha para completar:</b> _____  |                 |  |  |          |
| Firmes: Al firmar lo siguiente, certifico que esta información es verdadera y correcta a mi mejor conocimiento.  |                 |  |  |          |
| Empleado<br>trabajador<br>principal/<br>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: 541-346-7008 o correo electrónico [workinjury@uoregon.edu](mailto:workinjury@uoregon.edu)