



# EMPLEADO REPORTE DE ACCIDENTE

Nombre de Empleado: \_\_\_\_\_

Supervisor: \_\_\_\_\_ Fecha del Accidente: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Con Detalle, describa el accidente (Que, Como, Donde, Equipo, Actividad, etc.).

---

---

---

---

---

---

---

Era una condición insegura, acto, una cosa del equipo, etc.? Explica.

---

---

---

---

---

---

---

Que podemos hacer para prevenir de que ocurra de nuevo?

---

---

---

---

---

---

---

Lista de testigos: \_\_\_\_\_

---

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha