

MANAGER'S ACCIDENT INVESTIGATION FORM

NOTE TO SUPERVISOR:

Remember, an accident investigation is not designed to find fault or blame. It is an analysis to determine cause that can be controlled or eliminated.

When completing the investigation, try to answer these questions.

- ✓ How did the accident occur?
- ✓ Where did it happen?
- ✓ What station did this occur?
- ✓ Who was injured?
- ✓ When did it happen?

RECOMMEND CHANGES:

No investigation is complete unless corrective action is suggested.

FOLLOW-UP:

Determine what action is being taken on your recommended changes.

| | |
|--|--|
| DATE | TIME <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM</div> |
| EMPLOYEE INVOLVED | AGE |
| POSITION | DATE EMPLOYED |
| MANAGER ON DUTY | HAS THIS INCIDENT BEEN REFERRED TO THE SAFETY COMMITTEE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| HOW LONG HAS THE EMPLOYEE BEEN DOING THIS TASK? | WAS THE TASK: <input type="checkbox"/> ROUTINE <input type="checkbox"/> INFREQUENT <input type="checkbox"/> NEW EXPERIENCE |
| HAS THE EMPLOYEE HAD THE PROPER TRAINING? | WERE THERE WITNESSES? IF SO, ATTACH STATEMENT |
| DID THE ACCIDENT RESULT IN INJURY? | HAVE SECURITY RECORDINGS BEEN RETAINED? |
| NATURE AND EXTENT OF INJURY? | |
| DATE INJURY REPORTED? | WAS FIRST AID GIVEN? |
| HOW DID THE ACCIDENT OCCUR? | |
| PRIMARY CAUSE OF ACCIDENT? | |
| RECOMMENDATIONS TO PREVENT RECURRENCE | |
| NAME OF PERSON RESPONSIBLE FOR CORRECTIVE ACTION | |
| WHAT ACTION HAS BEEN TAKEN? | |
| SIGNED | DATE |

FORMULARIO PARA LA INVESTIGACION DE ACCIDENTES PARA EL GERENTE O SUPERVISOR

NOTA A LOS SUPERVISORES:

Recuerde, la investigación de un accidente no está diseñada para encontrar faltas o culpas. Es un análisis para determinar la causa, la cual pueda ser controlada o eliminada.

Al completar la investigación, trate de responder estas preguntas.

¿Cómo sucedió el accidente?

¿Dónde sucedió?

¿En cuál posición ocurrió?

¿Quién resultó lesionado/ herido?

¿Cuándo sucedió esto?

RECOMENDACIONES

CAMBIOS:

La investigación no está completa, a menos que una acción correctiva sea sugerida. .

SEGUIMIENTO:

Determine que acción o medida ha sido tomada de acuerdo a los cambios recomendados por usted.

| | |
|--|--|
| FECHA: | HORA: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| EMPLEADO INVOLUCRADO: | EDAD: |
| POSICION: | FECHA DE EMPLEO: |
| GERENTE O SUPERVISOR EN TURNO: | ¿Ha sido el incidente referido al Comité de Se <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| ¿Cuánto tiempo ha estado el empleado realizando esa tarea? | ¿Qué tarea? <input type="checkbox"/> Rutina <input type="checkbox"/> No frecuente <input type="checkbox"/> Nueva experiencia |
| ¿Ha tenido el empleado el entrenamiento apropiado? | ¿Hubo testigos? Si la respuesta es sí, adjunte la declaración |
| ¿Resultado el accidente en lesiones? | ¿Han sido retenidas las grabaciones de seguridad? |
| Naturaleza y extensión de las lesiones: | |
| ¿Fecha del reporte de las lesiones? | ¿Se aplicaron los primeros auxilios? |
| ¿Cómo ocurrió el accidente? | |
| Causa principal del accidente: | |
| Recomendaciones para prevenir recurrencias: | |
| ¿Nombre de la persona responsable de la acción correctiva? | |
| ¿Qué acción o medida ha sido tomada? | |
| Fecha: | Firma: |