HUNOSA UNIDAD_____ INFORME N.º_____

Vigilante_____ Fecha [ ] [ ] 19____

Productor_____

Categoría_____ N.º de placa _____

Día____de_____ de 19____

Suspende trabajo

NO	SI

hora del día____ hora de jornada_____

Ocupación en ese momento_____

¿Era su trabajo habitual?

SI	NO

Día de la semana

L	M	M	J	V	S	D

Tiempo que llevaba trabajando en el lugar _____

días						semanas				meses						más
1	2	3	4	5	6	1	2	3		1	2	3	4	5	6	

	Nombre y apellidos	Categoría	¿Han visto los hechos? SI	NO
Testigos				
			SI	NO

Proteccion Individual: Escribir otras

Casco	Botas	Guantes	Gafas	Mascarilla	Cinturón seguridad	Rodilleras	

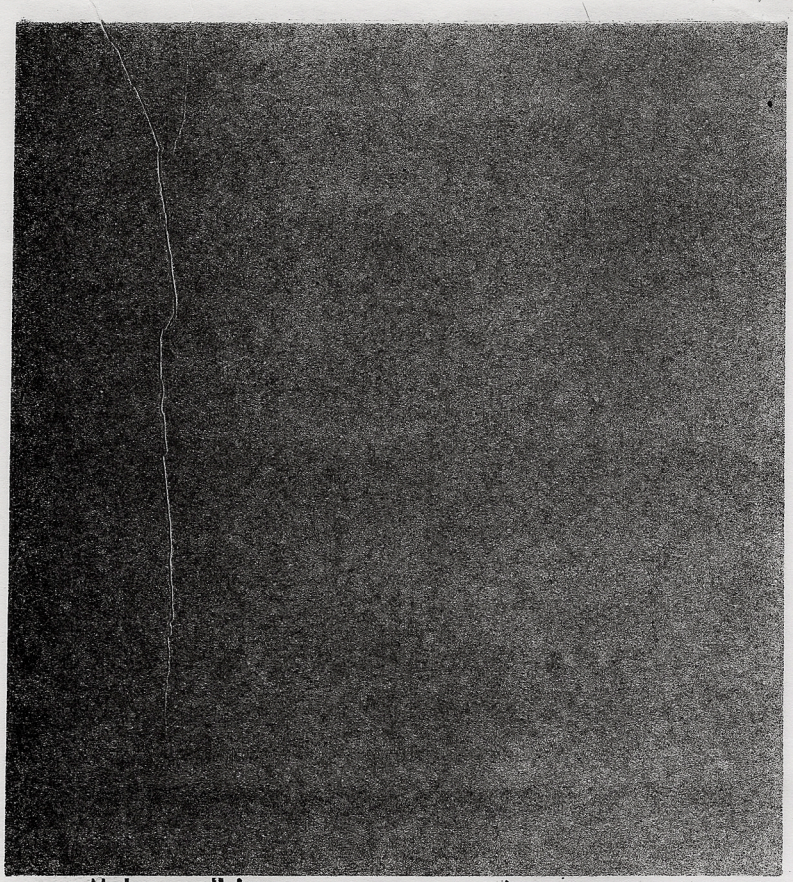
Lugar de la lesion

Ojos	Cabeza y Cuello	Manos	Miemb. Sup.	Tronco	Pies	Dedos pies	Miemb. Inf.	Interna	Indeterminado

Redactado por_____ Firma,

CIRCUNSTANCIAS

96.02.5235-1



Malas condiciones

1.-Fortificación nula o insuficiente . . ☐
2.-Herramientas inadec. o en mal estado. ☐
3.-Falta de práctica o de conocimiento . ☐
4.-Lugar de trabajo o de circulación. . ☐
5.-Mal alumbrado , ... ☐
6.-Mala ventilación . . . . . ☐
7.-No disponer de prendas de protecc. ☐
8.-Máquinas sin dispositivos protec. . ☐
9.-Empleo de materiales inadecuados . ☐
10.-Trabajos desorganizados o sin nor. ☐

Imprudencia

1.-Fortificación mal ejecutada. . . ☐
2.-Manejo descuid. herramientas . . ☐
3.-Demasiada velocidad en el trabajo . ☐
4.-Distracción del obrero . . . ☐
5.-Descuido en sanear y reconocer . ☐
6.-Mala utilización de maquinaria . . ☐
7.-Suprimir dispositivos de protecc. ☐
8.-No usar prendas oblig. de protecc. ☐
9.-Bromas o disputas en el trabajo. . ☐
10.-Situarse en lugar indebido . . . ☐

Remedios

1.-Eliminarla . . . . . ☐
2.-Poner una protección . . . . ☐
3.-Poner una señal . . . . . ☐
4.-Proponer medidas . . . . . ☐
5.-Asegurarse del cumplimiento . ☐

Remedios

1.-Parar el trabajo del obrero. . . ☐
2.-Proceder al estudio del trabajo . . ☐
3.-Instruir al obrero . . . . . ☐
4.-Repetir, observar, controlar . . ☐
5.-Sancionar si es preciso . . . ☐

HUNOSA UNIDAD_____ INFORME N.º_____

Vigilante_____ Fecha ___ ___ 19___

Productor_____

Categoría_____ N.º de placa _____

Día____de_____ de 19____

hora del día____ hora de jornada_____

Suspende trabajo: NO ☐ SI ☐

Ocupación en ese momento_____

¿Era su trabajo habitual? SI ☐ NO ☐

Día de la semana: L M M J V S D

Tiempo que llevaba trabajando en el lugar _____

días						semanas				meses						más
1	2	3	4	5	6	1	2	3		1	2	3	4	5	6	

	Nombre y apellidos	Categoría	¿Han visto los hechos? SI	NO
Testigos				

Proteccion individual: Escribir otras

Casco	Botas	Guantes	Gafas	Mascarilla	Cinturón seguridad	Rodilleras	

Lugar de la lesion

Ojos	Cabeza y Cuello	Manos	Miemb. Sup.	Tronco	Pies	Dedos pies	Miemb. Inf.	Interna	Indeterminado

Redactado por_____ Firma,

OBSERVACIONES

96.02.5235-1

RECONOCIMIENTO EN EL BOTIQUIN

Naturaleza de la lesión _____

Hora de llegada _____ Hora de salida _____

Enviado a { Trabajo ☐ / Sr. Médico ☐ / Hospital ☐ } hora reconocimiento _____

Ayte. Técnico Sanitario _____

Fecha _____ de _____ de 197 _____

Firma,

Reincorporado al trabajo a las _____ horas del día _____ / _____ / _____

Vigilante _____ Firma,

RECONOCIMIENTO EN DISPENSARIO ☐☐ N.° Registro ☐

Hora de llegada _____ Hora de salida _____

Lugar lesión ☐☐

Naturaleza ☐☐☐ Ultimo día trabajado _____ / _____ / _____

Enviado a { Trabajo ☐ / C. Seguridad ☐ / Hospital ☐ / Domicilio ☐ }

Médico _____

Fecha _____ de _____ de 197 ___

Firma,

Bajas por accidente en los 12 meses anteriores

Fecha	Duración	Naturaleza de la lesión	Región anatómica