

COMUNICACIÓN DE ACCIDENTE

Fecha de comunicación: ____/____/____

Fdo.: _____

Responsable inmediato del trabajador
Sello y firma

IDENTIFICACIÓN

Gerencia Servicio Riojano de Salud

061

Atención Especializada (Hospitales)

Atención Primaria

Trabajador: _____

D.N.I.: _____ Tfno.: _____ ; _____

Categoría: _____

Centro de Trabajo: _____

DESCRIPCIÓN DE ACCIDENTE

Fecha del accidente: ____/____/____ Hora del accidente: _____ Turno de trabajo: _____

Testigos: SI NO Nombre: _____

Utilizaba equipo de protección personal: SI NO

Accidente en el centro de trabajo Accidente "in itinere"

¿Ha recibido asistencia sanitaria? SI NO ¿Dónde? _____

DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN Y TRATAMIENTO (a cumplimentar por el médico)

INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE (a cumplimentar por supervisor o responsable inmediato)

¿Era necesario equipo de protección individual? SI NO

¿Han existido daños materiales a otras personas? SI NO

Determinar causas posibles:

