



**POLITÉCNICA**

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

# COMUNICACIÓN DE ACCIDENTE

EN EL CENTRO O "IN ITINERE"

## 1. DATOS DEL ACCIDENTADO

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ años Antigüedad en el puesto: \_\_\_\_ años y \_\_\_\_ meses

Puesto de trabajo/Categoría/Especialidad: \_\_\_\_\_

Trabajador de MUFACE  Trabajador del Régimen General de la SS  Alumno

Departamento/Servicio/Laboratorio: \_\_\_\_\_

Centro: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

## 2. DATOS DEL RESPONSABLE DE UNIDAD DONDE SE HA PRODUCIDO EL ACCIDENTE:

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Puesto de trabajo/Categoría/Especialidad: \_\_\_\_\_

Departamento/Servicio/Laboratorio: \_\_\_\_\_

Centro: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

¿Se encontraba presente en el momento de producirse el accidente?  SI  NO

## 3. DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (dd / mm / aaaa) Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ (hh : mm) Causa baja  SI  NO

Día de la semana: \_\_\_\_\_ Hora de la jornada: \_\_\_\_

Lugar del accidente: \_\_\_\_\_

¿Era en su puesto de trabajo?  SI  NO ¿Era al ir de casa al trabajo o viceversa?  SI  NO

Tarea que realizaba\*: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Partes del cuerpo lesionadas\*: \_\_\_\_\_

Agente material causante (Equipo/Objeto/Sustancia)\*: \_\_\_\_\_

(\*campos obligatorios)

Testigos presenciales:

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Tfno.: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Tfno.: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Tfno.: \_\_\_\_\_

**3.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL ACCIDENTE (debe proporcionar la mayor cantidad de información posible):**

**3.2. ¿QUÉ CAUSAS PUDIERON DAR LUGAR AL ACCIDENTE?:**

**4. MEDIDAS CORRECTORAS ADOPTADAS O PROPUESTAS**

**TÉCNICAS**

**FORMATIVAS**

**ORGANIZATIVAS**

**5. ACLARACIONES U OBSERVACIONES (Esquema, gráfico, fotografía, información complementaria, etc.)**

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

El / La trabajador / a\*

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

El/La responsable de la unidad

\* Requerida si el trabajador **NO** ha causado baja.

# Anexo I CAUSAS

## CAUSAS INMEDIATAS

<p><b>Causas relativas a posturas de trabajo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Adopción de posturas forzadas             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Giros, inclinaciones, flexiones... de cuello, espalda, o piernas</li> <li><input type="checkbox"/> Brazos: por encima de los hombros, o muy separados del cuerpo</li> <li><input type="checkbox"/> Otras (especificar).....</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Mantenimiento de posturas estáticas</li> <li><input type="checkbox"/> Adopción de posturas que producen cansancio, o molestias</li> <li><input type="checkbox"/> Otras (especificar).....</li> </ul> <p><b>Causas relativas a manipulación de cargas (materiales, personas, etc)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Manipulación de cargas pesadas, voluminosas, inestables</li> <li><input type="checkbox"/> Agarres/acoples inadecuados             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Condiciones de manipulación inadecuadas al realizarse                 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> A distancia del cuerpo</li> <li><input type="checkbox"/> Con torsión o inclinación de la espalda</li> <li><input type="checkbox"/> Cerca del suelo o por encima de los hombros</li> <li><input type="checkbox"/> Desplazamientos horizontales y verticales de la carga excesivos</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Distancia de transporte excesivas</li> <li><input type="checkbox"/> Con una sola mano</li> <li><input type="checkbox"/> Otras (especificar).....</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Inadecuación o mal estado de los medios auxiliares de manipulación (ruedas, rodamientos, agarres, rodillos, etc)</li> <li><input type="checkbox"/> Otras (especificar).....</li> </ul> <p><b>Causas relativas a repetición:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> La tarea se realiza mediante ciclos de trabajo similares</li> <li><input type="checkbox"/> Se realizan movimientos repetidos durante períodos prolongados</li> <li><input type="checkbox"/> Otras (especificar).....</li> </ul> <p><b>Causas relativas al esfuerzo físico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Se realizan fuerzas importantes</li> <li><input type="checkbox"/> Se realizan fuerzas durante períodos prolongados</li> <li><input type="checkbox"/> Otras (especificar).....</li> </ul>	<p><b>Causas relativas al diseño de puesto de trabajo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Altura del plano de trabajo inadecuada para las dimensiones del trabajador</li> <li><input type="checkbox"/> Altura del plano de trabajo inadecuada para el tipo de tarea</li> <li><input type="checkbox"/> Superficie de trabajo insuficiente/inadecuada</li> <li><input type="checkbox"/> Espacio insuficiente para las piernas</li> <li><input type="checkbox"/> Espacio insuficiente para trabajar con comodidad</li> <li><input type="checkbox"/> Distancias excesivas para alcanzar los elementos de trabajo</li> <li><input type="checkbox"/> Sillas inadecuadas o incómodas para la tarea o el trabajador</li> <li><input type="checkbox"/> Trabajo sobre suelos inestables, irregulares, resbaladizos, con desniveles</li> <li><input type="checkbox"/> Otras (especificar).....</li> </ul> <p><b>Causas relativas al medio de trabajo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Trabajo sobre suelos, superficies o asientos que vibran</li> <li><input type="checkbox"/> Condiciones ambientales inadecuadas: frío, calor, humedad, corrientes de aire</li> <li><input type="checkbox"/> Otras (especificar).....</li> </ul> <p><b>Causas relativas a equipos, herramienta, útiles de trabajo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Inadecuado para la tarea</li> <li><input type="checkbox"/> Inadecuado para el trabajador</li> <li><input type="checkbox"/> Peso excesivo</li> <li><input type="checkbox"/> Fuerza de accionamiento excesiva</li> <li><input type="checkbox"/> Agarre indecuado</li> <li><input type="checkbox"/> Transmisión de vibraciones</li> <li><input type="checkbox"/> Equipos, herramientas, útiles en mal estado</li> <li><input type="checkbox"/> Otras (especificar).....</li> </ul> <p><b>Causas relativas al individuo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Trabajadores sensibles para el puesto por situación de embarazo o padecer alguna patología previa, etc</li> <li><input type="checkbox"/> Incumplimiento de procedimientos de trabajo establecidos</li> <li><input type="checkbox"/> Otras actividades laborales o extralaborales</li> <li><input type="checkbox"/> Otras (especificar).....</li> </ul>
---	---

## CAUSAS BÁSICAS

<b>Causas organizativas</b>	<b>Causas relativas a la gestión de la prevención.</b>
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Procedimientos de trabajo inexistentes o inadecuados</li><li><input type="checkbox"/> Pausas inexistentes o inadecuadas</li><li><input type="checkbox"/> Rotaciones inexistentes o inadecuadas</li><li><input type="checkbox"/> Falta de períodos de tiempo para la realización de ejercicios físicos preventivos (estiramientos, calentamientos) durante la jornada laboral</li><li><input type="checkbox"/> Apremio de tiempo, ritmo de trabajo elevado, interrupciones continuadas, atención elevada</li><li><input type="checkbox"/> Falta de autonomía del trabajador en ritmo, método, orden, pausas</li><li><input type="checkbox"/> Otras (especificar).....</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Fallos o inexistencia de actividades dirigidas a la detección y evaluación de riesgos relacionados con sobreesfuerzos</li><li><input type="checkbox"/> Inexistencia o insuficiencia en la programación de las medidas preventivas propuestas</li><li><input type="checkbox"/> Inexistencia o insuficiencia de procedimientos para formar e informar a los trabajadores sobre los riesgos, medidas preventivas propuestas y métodos de trabajo seguros</li><li><input type="checkbox"/> Inexistencia de formación sobre ejercicios físicos preventivos</li><li><input type="checkbox"/> Mantenimiento preventivo inexistente o inadecuado</li><li><input type="checkbox"/> Inadecuada política de compras desde el punto de vista preventivo</li><li><input type="checkbox"/> Deficiente diseño preventivo del puesto de trabajo</li><li><input type="checkbox"/> No tener en cuenta los principios de la actividad preventiva al concebir tareas y métodos de trabajo</li><li><input type="checkbox"/> Inexistencia o inadecuación de ropa de trabajo y EPIS para la tarea</li><li><input type="checkbox"/> No tener en cuenta las limitaciones del trabajador detectadas en los reconocimientos médicos específicos.</li><li><input type="checkbox"/> Fallos o inexistencia de las actividades dirigidas a la vigilancia de la salud</li><li><input type="checkbox"/> Otras (especificar).....</li></ul>