

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO RAT

REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO FORMATO RAT.

INDICACIONES.

OBJETIVO: Investigar los accidentes de trabajo ocurridos a personal del IMSS, a fin de determinar los diagnósticos estadísticos de riesgos de Trabajo que permita planear y desarrollar los programas de Seguridad e Higiene para los Centros IMSS.

REQUISITA: El Jefe de Servicio o Responsable del área donde ocurrió el accidente.

NÚMERO DE COPIAS: Original y cuatro copias

DISTRIBUCIÓN:

- a) **Original:** Para las autoridades de la Unidad.
- b) **Primera copia:** Se anexa a la ST-1 Aviso para Calificar Probable Riesgo de Trabajo, que presenta el trabajador accidentado en el servicio de Salud en el Trabajo de su Unidad en la que recibe atención médica.
- c) **Segunda copia:** para el Jefe de Servicio del Trabajador accidentado.
- d) **Tercera copia:** para la Comisión Mixta de Seguridad e Higiene.
- e) **Cuarta copia:** para el Departamento Delegacional de Seguridad e Higiene.

INSTRUCTIVO DE LLENADO.

IDENTIFICACIÓN.

DESCRIPCIÓN.

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 0. Fecha y hora, aviso de accidente | Anotar el día, mes, año y hora en que el Jefe de Servicio fue informado del acontecimiento de probable riesgo de trabajo . |
| 1. Unidad o Centro de Trabajo | Anotar el nombre de la Unidad de Adscripción del trabajador |
| 2. Población | Anotar el nombre de la población de Adscripción del trabajador. |
| 3. Fecha y hora del accidente | Anotar el día, mes, año y hora en que ocurrió dicho evento. |

4. Día del accidente	Marca el día en que aconteció el accidente L=Lunes M=martes M=Miércoles, J=Jueves , V=Viernes S= Sábado D=Domingo
5.No. de accidente	Anotar el número de accidente de su área. La autoridad Administrativa de la Unidad , llevarán el registro progresivo del total de accidentes ocurridos a los trabajadores de la Unidad
6.Departamento o Servicio	Anotar el nombre del Departamento o Servicio donde ocurrió el accidente.
7. Lugar exacto del accidente	Anotar el lugar exacto donde ocurrió el probable riesgo, de ser factible en plano del área
8.Nombre del accidentado	Anotar el nombre del trabajador que sufrió el accidente, en el siguiente orden: apellido paterno, apellido materno, nombre (s)
9. Domicilio del trabajador	Anotar el domicilio del trabajador: calle, número exterior, número interior, colonia o fraccionamiento, población y estado.
10.Sexo	Marcar el sexo según corresponda al trabajador: M = masculino F = femenino
11.Edad	Anotar la edad del trabajador en años.
12.Estado civil	Anotar el estado civil del trabajador según corresponda: soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre, otros.
13.Escolaridad	Anotar la escolaridad máxima del trabajador.
14.Número de afiliación	Anotar el número de afiliación al IMSS del trabajador.
15.Matrícula	Anotar la matrícula del trabajador dentro del I.M.S.S.
16.Categoría, puesto y Jornada:	Anotar la categoría o puesto de trabajo, así como la jornada del trabajador.
17.Tipo de contratación	Anotar el tipo de contratación según corresponda al trabajador: 01 Confianza 02 Base 03 Temporal 04 Otras contrataciones 05 Becarios 07 Becados 08 Sustitutos 09 Residentes
18.Adscripción médica: Unidad y número de consultorio	Anotar el Nombre y/o número de la Unidad de Atención Médica, numero, de consultorio y turno
19.Adscripción laboral	Anotar el Servicio donde esta adscrito (centro de costos).

- 20.Turno Anotar el turno donde el trabajador presta sus servicios.
- 21.Descansos Anotar el (los) día (s) de descanso del trabajador.
- 22.Vacaciones por disfrutar Anotar el periodo vacacional próximo a disfrutar por el trabajador
- 23.Antigüedad IMSS Anotar la antigüedad laboral del trabajador en el IMSS, años cumplidos.
- 24.Antigüedad en el puesto Anotar la antigüedad del trabajador en el puesto actual.
- 25 Actividad que realizaba al accidentarse Describir la actividad que el trabajador realizaba al accidentarse
26. Persona con más control CONSECUENCIAS Anotar el nombre de la persona que tomó conocimiento inicial del accidente.
- 27.Parte del cuerpo lesionada Anotar el nombre de la parte del cuerpo lesionada del trabajador
- 28.Naturaleza de la lesión Anotar el tipo de lesión sufrida por el trabajador.
- 29.Objeto/equipo/sustancia que causó la lesión Anotar el nombre del objeto, equipo o sustancia que causó la lesión al trabajador.
- 30.Tipo de accidente Anotar el tipo de accidente de acuerdo a la siguiente relación:
golpeado por o contra () contacto con corriente eléctrica ()
atrapado por o entre () contacto con objetos o superficies con temperaturas
caída a diferente nivel () elevadas que pueden producir quemaduras ()
resbalón o sobreesfuerzo () exposición a temperaturas extremas ()
objetos punzocortantes () contacto con sustancias tóxicas, cáusticas, nocivas o de otra
naturaleza que provoquen daños en piel, vías respiratorias
digestivas, que produzcan intoxicaciones agudas o la
muerte ()
31. Daño material causado por el accidente Anotar el daño material causado por el accidente

32. Costo estimado en \$

Anotar el costo económico estimado del daño material provocado por el accidente.

33. Objeto/equipo/sustancia que causó el daño

Anotar el nombre del objeto, equipo o sustancia que causó el daño material

DESCRIPCIÓN.

34. Secuencia paso a paso del accidente.

Anotar la descripción precisa y directa del accidente de trabajo, la secuencia exacta de los acontecimientos que contribuyeron a su ocurrencia. Incluir nombre, adscripción laboral y domicilio de testigos oculares (sí es posible).

35. Causas inmediatas: actos y condiciones inseguras

Marcar la (s) opción (es) que sea acorde al accidente de trabajo , que considere contribuyeron directamente a la consecución del evento.

Acto inseguro es la violación de procedimientos, normas de trabajo establecidas o aceptadas como seguras.

Condición insegura son las deficiencias que se presentan en las instalaciones, materiales, equipo, maquinaria, herramientas, procesos o procedimientos de trabajo que puedan originar la realización de un riesgo.

36. Causas básicas para la existencia de actos y condiciones Inseguras

A criterio del Jefe de Servicio, describir de manera resumida las causas que considere generaron el acto inseguro o bien, la condición insegura.

EVALUACIÓN

37. Probabilidad de recurrencia

Marcar la probabilidad de que el acontecimiento vuelva a repetirse: frecuente, ocasional, raro

38. Gravedad potencial del daño

Sí un evento similar vuelve a repetirse, marcar la gravedad del posible daño: grave, serio o leve

PREVENCIÓN (al reverso)

Medidas para el control de

Anotar las medidas establecidas para prevenir y controlar la repetición de accidentes similares.

Riesgos

Anotar la fecha en que el (los) responsable (s) se compromete a terminar la ejecución de las medidas propuestas

Fecha de compromiso

41.Responsable del área Anotar el nombre de! (los) responsable (s) de ejecutar las medidas para controlar los accidentes.

SEGUIMIENTO

- 42.Medidas de control cumplidas Marcar sí las medidas de control fueron cumplidas y anotar la fecha **de** cumplimiento; sí no fueron cumplidas o si están en proceso
- 43.Causa del incumplimiento Anotar cuales han sido los motivos por los cuales no se han corregido las condiciones.
- 44.Calificación del accidente Marcar según fue calificado el accidente en la forma ST-1: Si **profesional**, No **profesional**, **Otros**
- 45.Fecha de alta del accidente Anotar: día, mes y año en que fue dado de alta el trabajador
- 46.Consecuencias del accidente Anotar las consecuencias que produjo el accidente al trabajador, así como al servicio de adscripción.
- 47.Incapacidad temporal Marcar si o no genero incapacidad temporal, caso afirmativo, anotar el número de días de incapacidad.
- 48.Incapacidad parcial permanente Marcar si o no. caso afirmativo, anotar el porcentaje otorgado.
- 49.Incapacidad total permanente Marcar si o no fue otorgada la incapacidad total. **Revisar nuevamente el evento**
50. Muerte Marcar si o no.

OBSERVACIONES

- 51.Antecedentes de accidentes anteriores Anotar información considerada importante como antecedente de accidentes de trabajo y lesiones sufridas en otro momento.
- 52.Investigó Anotar nombre y firma del jefe del servicio quién realizó la investigación del accidente
- 53.Fecha Anotar: día, mes y año en que el Jefe de servicio realizó el análisis del accidente
- 54.Revisó Anotar el nombre y firma del integrante de la Comisión Local de Seguridad e Higiene que revisó el evento
- 55.Fecha Anotar: día, mes y año en que el integrante de la Comisión Local de Seguridad e Higiene revisó el caso.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COMISION NACIONAL MIXTA DE SEGURIDAD E HIGIENE
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO**



DELEGACION :

Fecha y hora aviso del accidente: (0)

Unidad o centro de trabajo: (1)		Población: (2)		Fecha y hora del accidente(3)		Dia del accidente (4)	
				L M M J V S D			
No. Accidente: (5)	Departamento o área donde ocurrió: (6)		Lugar exacto del accidente: (7)				
Nombre del trabajador accidentado: (8)		Domicilio del trabajador: (9)		Sexo: (10)		Edad: (11)	
				M F			
Estado Civil: (12)	Escolaridad: (13)	No. Afiliación: (14)	Matrícula: (15)	Categoría/puesto y jornada: (16)			
Tipo de contratación: (17)		Adscripción Médica. Unidad y consultorio: (18)		Adscripción laboral: (19)		Turno: (20)	
Descansos: (21)		Vacaciones por disfrutar: (22)		Antigüedad IMSS: (23)		Antigüedad puesto: (24)	
Actividad que realizaba al accidentarse: (25)				Persona con mas control: (26)			
Parte del cuerpo lesionada: (27)				Naturaleza de la lesión: (28)			
Objeto/equipo/sustancia que causó la lesión: (29)				Tipo de accidente: (30)			
Daño material causado por el accidente: (31)				Costo estimado \$ (32)			
Objeto/equipo/sustancia que causó el daño material: (33)							
Secuencia paso a paso del accidente, incluir el nombre, la adscripción laboral y/o domicilio de los testigos oculares: (34)							
Causas inmediatas, actos y condiciones inseguras que contribuyeron directamente al accidente: (35)							
Actos inseguros:				Condiciones inseguras:			
Causas básicas para la existencia de actos y condiciones inseguras. Describe en forma resumida y a su criterio, las causas que generaron el acto inseguro y/o la condición insegura: (36):							
EVALUACIÓN		Probabilidad de recurrencia: (37)		Gravedad potencial del daño: (38)			
Frecuente <input type="checkbox"/>		Ocasional <input type="checkbox"/>		Grave <input type="checkbox"/>		Leve <input type="checkbox"/>	
				Serio <input type="checkbox"/>			

PREVENCIÓN	Medidas de control de riesgos: (39)	Fecha compromiso: (40)	Responsable del área Nombre y firma (41)	

Medidas de control cumplidas, calificación y consecuencias del riesgo:

Medidas de control cumplidas: (42) SI	Fecha	D	M	A	NO	en proceso:
Causa del incumplimiento: (43)						

SEGUIMIENTO

Calificación del accidente: (44)	SI PROFESIONAL	NO PROFESIONAL
Fecha del alta del riesgo de trabajo: (45)	día: _____	mes: _____ año: _____
Consecuencias del riesgo de trabajo: (46)		
Incapacidad temporal: (47) SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Días de incapacidad:		
Incapacidad permanente parcial: (48) SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Porcentaje:		
Incapacidad permanente total: (49) SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Muerte: (50)	SI <input type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>

Antecedentes de accidentes y/o enfermedades de trabajo anteriores y las lesiones sufridas por el trabajador, etc.: (51)

OBSERVACIONES

Investigó: (52)	Fecha: (53)	
Nombre y firma:	Día	Año
Revisó: (54)	Fecha: (55)	
Nombre y firma:	Día	Año