



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COMISIÓN NACIONAL MIXTA DE SEGURIDAD E HIGIENE**



REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO

DELEGACIÓN: QUERÉTARO

Fecha y hora de aviso del accidente:

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|--------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------------|----------------------------|-------|--------------------------|------|--------------------------|
| IDENTIFICACIÓN | Unidad o centro de trabajo | | Población | | Fecha y hora del accidente | | Día del accidente | | | | | | |
| | | | | | | | L | M | M | J | V | S | D |
| | No. Accidente | Departamento o área donde ocurrió | | | | Lugar exacto del accidente | | | | | | | |
| | Nombre del trabajador accidentado | | | Domicilio del trabajador | | | | | Sexo: | | Edad: | | |
| | | | | | | | | | M | F | | | |
| | Estado civil | | Escolaridad: | | No, Afiliación | | Matricula | | Categoría/puesto y jornada | | | | |
| | Tipo de contratación | | Adscripción Médica. Unidad y consultorio | | | | Adscripción laboral | | | Turno | | | |
| | Descansos: | | Vacaciones por disfrutar: | | Antigüedad IMSS: | | | Antigüedad puesto: | | | | | |
| Actividad que realizaba al accidentarse | | | | | Persona con más control: | | | | | | | | |
| CONSECUENCIAS | Parte del cuerpo lesionada: | | | | | Naturaleza de la lesión: | | | | | | | |
| | Objeto/equipo/sustancia que causó la lesión: | | | | | Tipo de accidente: | | | | | | | |
| | Daño material causado por el accidente: | | | | | Costo estimado \$ | | | | | | | |
| | Objeto/equipo/sustancia que causó el daño material: | | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN | Secuencia paso a paso del accidente, incluir nombre, adscripción laboral y/o domicilio de los testigos oculares: | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| ANÁLISIS | Causas inmediatas, actos y condiciones inseguras que contribuyeron directamente al accidente: | | | | | | | | | | | | |
| | 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 condición insegura: | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| EVALUACIÓN | | Probabilidad de recurrencia: | | | | | Gravedad potencial del daño: | | | | | | |
| | | Frecuente | <input type="checkbox"/> | Ocasional | <input type="checkbox"/> | Raro | <input type="checkbox"/> | Grave | <input type="checkbox"/> | Serio | <input type="checkbox"/> | Leve | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|-------------------|--------------------------------|-------------------|--|
| PREVENCIÓN | Medidas de control de riesgos: | Fecha compromiso: | Responsable del área Nombre y firma |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | | |
|---|--|-------------------------------------|---|----------|
| SEGUIMIENTO | Medidas de control cumplidas. Calificación y consecuencias del riesgo: | | | |
| | Medidas de control cumplidas: SI <input type="checkbox"/> | | | |
| | | D | M | A |
| | | | | |
| | NO <input type="checkbox"/> | En proceso <input type="checkbox"/> | | |
| | Causas de incumplimiento | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | Calificación del accidente: SI PROFESIONAL <input type="checkbox"/> | | NO PROFESIONAL <input type="checkbox"/> | |
| | Fecha de alta del riesgo de trabajo: Año _____ Día: _____ Mes: _____ | | | |
| Consecuencias del riesgo de trabajo | | | | |
| | | | | |
| Incapacidad temporal: SI <input type="checkbox"/> | | NO <input type="checkbox"/> | | |
| | | Días de incapacidad: | | |
| Incapacidad permanente parcial: SI <input type="checkbox"/> | | NO <input type="checkbox"/> | | |
| | | Porcentaje: | | |
| Incapacidad permanente total: SI <input type="checkbox"/> | | NO <input type="checkbox"/> | | |
| | | Muerte: SI _____ NO _____ | | |

| | |
|----------------------|---|
| OBSERVACIONES | Antecedentes de accidentes y/o enfermedades de trabajo anteriores y las lesiones sufridas por el trabajador, Etc. : |
| | |

| | | | | |
|-------------------|--|------------|------------|------------|
| Investigó: | | Fecha: | | |
| Nombre y firma | | Día | Mes | Año |
| | | | | |
| Revisó: | | Fecha: | | |
| Nombre y firma | | Día | Mes | Año |
| | | | | |