



**TECNOLÓGICO NACIONAL DE MÉXICO**  
**INSTITUTO TECNOLÓGICO DE QUERÉTARO**  
SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

**Investigación de accidentes**

<b>INFORMACION GENERAL DEL ACCIDENTE</b>	
EDIFICIO _____ (1)	FECHA REPORT _____ (2) NO. REPORTE _____ (3)
TIPO DE EVENTO: (4) <input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Incidente	FECHA DEL EVENTO: _____ (5)
	HORA DEL EVENTO: _____ (6)
<b>DATOS DE LA PERSONA(S)</b>	
NOMBRE _____ (7)	NUMERO DE NOMINA (CONTRATISTA) _____ (8)
PUESTO _____ (9)	TURNO _____ (10)
ACTIVIDAD REALIZADA EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE _____ (11)	
<b>TRATAMIENTO DEL ACCIDENTE</b>	
Primeros auxilios <input type="radio"/> (12)	Incapacidad (14) Parte del cuerpo afectada(17)
Atencion medica	SI/NO _____
<input type="radio"/> Departamento medico	En caso afirmativo:
(13) <input type="radio"/> ISSSTE	(15) Tipo _____
<input type="radio"/> Otro	(16) Total de dias _____
<b>DESCRIPCION DEL ACCIDENTE/INCIDENTE</b>	
_____ (18)	
_____	
_____	
_____	
<b>DIBUJO O EVIDENCIA FOTOGRAFICA</b>	
_____ (19)	
_____	
<b>OBSERVACIONES</b>	
_____ (20)	
_____	
_____	
<b>ANALISIS</b>	
NO. (21)	CAUSA (Describir por grado de importancia) (22)
_____	_____
_____	_____
_____	_____



**TECNOLÓGICO NACIONAL DE MÉXICO**  
**INSTITUTO TECNOLÓGICO DE QUERÉTARO**  
**SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL**

<b>CONCLUSIÓN</b>	(23)	Falta de medidas o señalización.	<input type="radio"/>
Acto inseguro	<input type="radio"/>	Condición insegura	<input type="radio"/>
Falta de capacitación	<input type="radio"/>	No siguió el procedimiento, EPP, etc.	<input type="radio"/>

<b>PLAN DE ACCIÓN</b>	(25)	(26)	(27)
ACCION (24)	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA CIERRE

<b>Elaboro:</b> (28) Coordinador(a)SGSO Comité SGSO	<b>Reviso:</b> (29) RD SGI	<b>Autorizo:</b> (30) Director(a)
---	----------------------------------	---



**TECNOLÓGICO NACIONAL DE MÉXICO**  
**INSTITUTO TECNOLÓGICO DE QUERÉTARO**  
**SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL**

## **INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>Número</b>	<b>Descripción</b>
1	Nombre del Edificio donde ocurre el accidente/incidente.
2	Fecha de llenado del reporte.
3	No. Consecutivo de reporte.
4	Tipo de evento, seleccionar si es accidente o incidente.
5	Fecha del accidente o incidente.
6	Hora del accidente.
7	Nombre de la persona o personas que sufrieron el accidente o incidente.
8	Numero de Seguro Social, solo en caso de ser contratista externo.
9	Puesto.
10	Turno de trabajo.
11	Actividad que estaba realizando en el momento del accidente o incidente.
12	Se llena si la persona recibio primeros auxilios.
13	Se llena si la persona recibio atencion medica, indicando el lugar donde se le atendio.
14	Se indica SI o NO, en caso que la persona haya o no haya sido incapacitada.
15	En caso de SI haber sido incapacitado(a), que tipo de incapacidad se le dio: temporal o permanente
16	En caso de SI haber sido incapacitado(a), se registra el tiempo de la incapacidad en cantidad de dias.
17	Se anota la parte del cuerpo que fue afectada: cabeza, ojos, nariz, boca, hombro, brazo, mano, torax, muslo, rodilla, pierna o pie.
18	Escribir en forma detallada la forma como ocurrio el accidente.
19	Realiza un dibujo de la forma como ocurrio el evento o inserta memoria fotografica.
20	Anotar las observaciones acerca del area durante la investigacion en el sitio.
21	Anotar el numero de causas posibles.
22	Registrar las causas posibles en orden de importancia.
23	Establecer las causas por las cuales se debio el evento.
24	Determinar las acciones necesarias para eliminar, reducir o controlar el peligro.
25	Establecer responsable de la actividad.
26	Establecer fecha compromiso de inicio de la actividad.
27	Establecer fecha compromiso de termino de la actividad.
28	Firma de quien elaboro. Coordinador(a) y Comité de SGSO.
29	Firma de quien autoriza. El/la RD Sistema de Gestion Integral.
30	Firma de autorizacion del Director(a) del plantel.