



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

Investigación de accidentes

INFORMACION GENERAL DEL ACCIDENTE		
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)	
DATOS DE LA PERSONA(S)		
NOMBRE _____ (7)	NUMERO DE NOMINA (CONTRATISTA) _____ (8)	
PUESTO _____ (9)	TURNO _____ (10)	
ACTIVIDAD REALIZADA EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE _____ (11)		
TRATAMIENTO DEL ACCIDENTE		
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 _____	
DESCRIPCION DEL ACCIDENTE/INCIDENTE		(18)
_____ _____ _____ _____		
DIBUJO O EVIDENCIA FOTOGRAFICA		(19)
_____ _____ _____ _____		
OBSERVACIONES		(20)
_____ _____ _____ _____		
ANALISIS		
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

CONCLUSIÓN	(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"/>

PLAN DE ACCIÓN	(25)	(26)	(27)
ACCION (24)	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA CIERRE

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



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

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Número	Descripción
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.