

SISTEMA DE GESTIÓN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

COMUNICACIÓN ACCIDENTE DE
TRABAJO E INCIDENTES
C. A. T. I.

DOCUMENTO
CODDOC: DOC04-01
CODPRO: PRO-04
REVISIÓN: 1
FECHA: 12/02/10
Página 1 de 2

Cumplimentar por TRABAJADOR	<p><u>DATOS DEL TRABAJADOR</u></p> <p>Apellido 1º:.....d.... Apellido 2º: Nombre:</p> <p>D. N. I.:Tipo de Contrato ⁽¹⁾:.....Categoría: TT</p> <p>Turno de trabajo.....Domicilio:.....</p> <p>Provincia ⁽²⁾:..... Municipio:.....Teléfono:</p>
	<p><u>DATOS DEL CENTRO O SERVICIO</u></p> <p>Nombre del centro al que pertenece:.....Servicio:.....</p> <p>Responsable del Centro/Servicio:</p>
Cumplimentar por CARGO INTERMEDIO	<p><u>DATOS DEL ACCIDENTE/INCIDENTE</u></p> <p>Lugar: Centro Trabajo Habitual: <input type="checkbox"/> Otro Centro: <input type="checkbox"/> En Misión: <input type="checkbox"/> In Itinere: <input type="checkbox"/> Tráfico: <input type="checkbox"/></p> <p>Era su Trabajo Habitual: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Posible Recaída⁽³⁾ <input type="checkbox"/> Fecha Accd./Incid.:/...../.....</p> <p>Hora:.....:..... Dirección Lugar del suceso ⁽⁴⁾:.....</p> <p>Otros Afectados: Sí <input type="checkbox"/> Cuantos:..... No <input type="checkbox"/> Testigos:.....</p>
	<p>Descripción del Accidente/Incid.: (Descripción detallada de lo ocurrido, causas y propuestas de mejora) ⁽⁵⁾</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Lugar concreto del suceso ⁽⁶⁾:.....Acción que realizaba ⁽⁷⁾:.....</p> <p>Objeto / agente material causante del suceso ⁽⁸⁾:</p> <p>Medidas correctoras o preventivas ⁽⁹⁾:.....</p>

EL/ LA TRABAJADOR/A

D / D^a
Fecha:
Firma

MANDO DIRECTO/A

D / D^a
Fecha:
Firma

Declara Responsablemente los hechos comunicados como ciertos

Cumplimentar por PERSONAL SANITARIO	<p><u>DATOS ASISTENCIALES</u></p> <p>Sanitario que efectúa 1ª asistencia:.....Fecha.....</p> <p>Atendido en CONSULTA <input type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/></p>	Firma y Sello:
	<p><u>Médico de Familia:</u></p> <p>Fecha en la que acude a consulta.....</p> <p>Accidente SIN BAJA <input type="checkbox"/> Accidente CON BAJA <input type="checkbox"/> RECAÍDA <input type="checkbox"/></p> <p>Lesión:.....Parte del cuerpo afectada:.....</p> <p>Grado: Leve: <input type="checkbox"/> Grave: <input type="checkbox"/> Muy Grave: <input type="checkbox"/> Fallecimiento: <input type="checkbox"/></p>	Firma y Sello:

REMITIR A LA UPRL O AL FAX: ____-____-____-____

