

---

## REXISTRO INTERNO DE ACCIDENTES OU INCIDENTES

---

EMPRESA \_\_\_\_\_

CENTRO DE TRABAJO \_\_\_\_\_

ACCIDENTE

INCIDENTE

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Hora de traballo: (1ª, 2ª...)

Testemuñas: \_\_\_\_\_

Descrición: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aparello ou axente material causante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Forma en que se produciu, (segundo listado do dorso):

\_\_\_\_\_

### TRABALLADOR/ES AFECTADO/S

NOME \_\_\_\_\_

APELIDOS \_\_\_\_\_

Antigüidade: Na empresa (meses) \_\_\_\_\_ No posto de traballo (meses) \_\_\_\_\_

Varón  Muller  Idade \_\_\_\_\_ Tipo contrato \_\_\_\_\_

Categoría profesional: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Estaba no seu posto: SI  NON  Era o seu traballo habitual: SI  NON

Desprazamento na súa xornada laboral SI  NON

Ao ir ou volver do traballo SI  NON

Parte do corpo lesionada \_\_\_\_\_

Grao da lesión: Leve  Grave  Moi Grave  Falecemento

Recibiu asistencia en: Enfermería empresa  Ambulatorio  Hospital

DELEGADOS/AS DE PREVENCIÓN:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Outros datos de interese:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medidas preventivas propostas:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Acudiu a Inspección de Traballo**    **NON**       **SI**       **Data** \_\_\_\_\_

Forma en que se produciu o accidente

- 01.- Caída de persoas a distinto nivel
- 02.- Caída de persoas ao mesmo nivel
- 03.- Caída de obxectos por afundimento ou derrubamento
- 04.- Caída de obxectos en manipulación
- 05.- Caída por obxectos desprendidos
- 06.- Pisadas sobre obxectos
- 07.- Choque contra obxectos inmóviles.
- 08.- Choque contra obxectos móbiles.
- 09.- Golpes por obxectos ou ferramentas.
- 10.- Proxección de fragmentos ou partículas.
- 11.- Atrapamento por ou entre obxectos.
- 12.- Atrapamento por vuelco de máquinas, tractores ou vehículos.
- 13.- Sobreesforzos.
- 14.- Exposición a temperaturas ambientais extremas.
- 15.- Contactos térmicos.
- 16.- Exposición a contactos eléctricos.
- 17.- Exposición a substancias nocivas.
- 18.- Contactos con substancias cáusticas e/ou corrosivas.
- 19.- Exposición a radiacións.
- 20.- Explosións.
- 21.- Incendios.
- 22.- Accidentes causados por seres vivos.
- 23.- Atropelos ou golpes con vehículos.
- 99.- Ao ir ou volver do traballo.

Delegados/as de Prevención

Asdo: