



BOLETA REPORTE DE INCIDENTE O ACCIDENTE

Número asignado: _____

IDENTIFICACION GENERAL

Facultad de Microbiología

Laboratorio: _____

Extensión telefónica: _____

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ

Tipo de vinculación laboral: Funcionario: _____ Estudiante: _____

Primer Apellido: _____ Segundo apellido: _____ Nombre: _____

Identificación: _____ Edad: _____ años Sexo M ___ F ___

Dirección : _____ Teléfono: _____ Correo

electrónico: _____

Cargo: _____ Tiempo en el cargo: Años ___ Meses ___ Dias ___

INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE

Fecha del accidente: Día ___ Mes ___ Año ___ Hora del accidente (0-23 hrs.) Hora ___ Día de la semana en que
ocurrió el accidente: _____

Estaba realizando su labor habitual? Si ___ NO ___

Indique el sitio donde ocurrió el accidente

Salón de Clase ___ Laboratorio de informática ___ Pasillos ___ Laboratorio de docencia ___ Baños ___

Escaleras ___ Laboratorio de investigación ___ Parqueo o area de circulación vehicular ___ Otro ___ Especifique

Tipo de lesión:

Fractura ___ Herida ___ Luxación ___ Trauma superficial ___ Asfixia ___ Torcedura, esguínce, desgarró muscular, hernia
o laceración, Golpe, contusión o aplastamiento ___ Efecto de electricidad ___ Quemadura ___ Efecto nocivo de
radiación ___ Conmoción o trauma interno ___ Envenenamiento o intoxicación aguda ___ Lesiones
múltiples ___ Amputación o enucleación (exclusión o pérdida del ojo) ___ Otro ___ Especifique _____

Parte del cuerpo aparentemente afectada:

Agente del Accidente (con qué se lesionó):

Maquinas y/o equipos ___ Materiales o reactivos ___ animales (vivos o productos), Gas ___

Medios de transporte ___ Ambiente de trabajo(incluye superficies de animales) ___

Herramientas ___ tránsito, muebles, tejados ___ otro ___ cual _____

Descripción detallada el agente del accidente:

Descripción del accidente

Por favor describa detalladamente todo lo que usted considere importante para complementar la información del accidente.

Personas que presenciaron el accidente

Apellidos y Nombre _____ N. Documento de

Identidad. _____ Cargo _____

Apellidos y Nombre _____ N. Documento de

Identidad. _____ Cargo _____





Acción tomada por Jefatura o Encargado del Laboratorio (Si lo amerita, explique con detalle la acción o acciones correctivas tomadas para que no se vuelvan a presentar este tipo de accidente):

RESPONSABLE DEL INFORME

Apellidos y Nombre _____

N. Identificación. _____ Cargo _____

Fecha del informe: día _____ Mes _____ Año: _____

Firma _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN

Análisis y recomendación de la Comisión:

Coordinador de la Comisión:

Apellidos y Nombre _____ Identificación. _____

Fecha del informe: día _____ Mes _____ Año: _____

Firma _____

