


**ANEXO II**

**MODELO DE REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES**

	<p><b>NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE</b></p>	<p><b>SERVICIO DE PREVENCIÓN</b></p>
---	---	--------------------------------------

Centro de trabajo (16)					Departamento/Sección (16)							
		Día semana accidente										
Fecha informe	Fecha accidente	L	M	X	J	V	S	D	Hora accidente (14)	Turno	Baja laboral	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

<b>DATOS ACCIDENTE</b>	Nombre y apellidos del lesionado:				Fecha Nacimiento		DNI		Categoría			
	Lugar del accidente								Dirección en caso de accidente "in itinere"			
	Centro de trabajo habitual	<input type="checkbox"/>	En otro centro	<input type="checkbox"/>	Desplazamiento en jornada laboral	<input type="checkbox"/>	"In Itinere"	<input type="checkbox"/>				
	Tños de Contacto Accidentado TRABAJO						Tños de Contacto Accidentado PERSONAL					
	Trabajo que realizaba en el momento del accidente (17) (18)											
	Objeto/equipo/sustancia que causó la lesión (19)											

<b>DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE</b>												
	Clasificación del accidente						Posibilidad de repetición					
	Muy grave	<input type="checkbox"/>	Grave	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>	Frecuente	<input type="checkbox"/>	Ocasional	<input type="checkbox"/>	Raro	<input type="checkbox"/>

FORMA DEL ACCIDENTE	Accidente causado por seres vivos.	<input type="checkbox"/>	Caída de personas al mismo nivel	<input type="checkbox"/>	Exposición a sustancias nocivas.	<input type="checkbox"/>
	Accidente in itinere.	<input type="checkbox"/>	Caída por objetos desprendidos.	<input type="checkbox"/>	Exposición a temperaturas ambientales extremas.	<input type="checkbox"/>
	Accidente in tránsito.	<input type="checkbox"/>	Choque contra objetos inmóviles.	<input type="checkbox"/>	Golpes por objetos o herramientas	<input type="checkbox"/>
	Accidente no laboral.	<input type="checkbox"/>	Choque contra objetos móviles.	<input type="checkbox"/>	Incendios.	<input type="checkbox"/>
	Atrapamiento por o entre objetos	<input type="checkbox"/>	Contactos con sustancias cáusticas y/o corrosivas.	<input type="checkbox"/>	Pisadas sobre objetos.	<input type="checkbox"/>
	Atropellos o golpes con vehículos.	<input type="checkbox"/>	Contactos térmicos.	<input type="checkbox"/>	Proyección de objetos o fragmentos.	<input type="checkbox"/>
	Caída de objeto en manipulación.	<input type="checkbox"/>	Explosiones.	<input type="checkbox"/>	Sobreesfuerzos.	<input type="checkbox"/>
	Caída de objetos por desplome o derrumbamiento.	<input type="checkbox"/>	Exposición a contactos eléctricos.	<input type="checkbox"/>	Violencia, agresión.	<input type="checkbox"/>
	Caída de personas a distinto nivel.	<input type="checkbox"/>	Exposición a radiaciones.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

NATURALEZA DE LAS LESIONES	Amputaciones y pérdida de globo ocular	<input type="checkbox"/>	Efectos de radiaciones	<input type="checkbox"/>	Lumbalgias	<input type="checkbox"/>
	Asfixias	<input type="checkbox"/>	Envenenamientos e intoxicaciones	<input type="checkbox"/>	Luxaciones	<input type="checkbox"/>
	Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	Exposición al medio ambiente	<input type="checkbox"/>	Quemaduras	<input type="checkbox"/>
	Conmociones y traumatismos internos	<input type="checkbox"/>	Fracturas	<input type="checkbox"/>	Torceduras, esguinces y distensiones	<input type="checkbox"/>
	Contusiones y aplastamiento	<input type="checkbox"/>	Hernias discales	<input type="checkbox"/>	Traumatismos superficiales	<input type="checkbox"/>
	Cuerpos extraños en los ojos	<input type="checkbox"/>	Infartos, derrames cerebrales y otras patologías no traumáticas	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Efectos de la electricidad	<input type="checkbox"/>	Lesiones múltiples	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

PARTE DEL CUERPO LESIONADA	Cara, excepto ojos	<input type="checkbox"/>	Manos	<input type="checkbox"/>	Pies	<input type="checkbox"/>
	Cráneo	<input type="checkbox"/>	Miembros inferiores, excepto pies	<input type="checkbox"/>	Región lumbar y abdomen	<input type="checkbox"/>
	Cuello	<input type="checkbox"/>	Miembros superiores, excepto manos	<input type="checkbox"/>	Tórax, espalda y costados	<input type="checkbox"/>
	Genitales	<input type="checkbox"/>	Ojos	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Lesiones múltiples	<input type="checkbox"/>	Órganos internos	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Nombre Responsable Unidad:

Firma:

Fecha: