

## **INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR EL PARTE DE ACCIDENTE**

El parte de Accidente de Trabajo es un documento de gran interés laboral para conocer la siniestralidad laboral en los distintos Servicios y aporta una información muy valiosa para la prevención de los mismos.

Según la Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre, se establecen los nuevos modelos de notificación de Accidentes Laborales.

El responsable inmediatamente superior del accidentado deberá cumplimentar este modelo en todos sus puntos.

Este parte deberá cumplimentarse en todos los accidentes independientemente de su gravedad, incluido los que no causen baja, por lo tanto el INCIDENTE (no existen lesiones pero si un hecho capaz de provocarla) también debe notificarse.

1. Los datos del trabajador deberán cumplimentarse completamente.
2. CALIFICACIÓN DEL ACCIDENTE: Estas casillas pueden coincidir con el apartado ACCIDENTE DE TRÁFICO por lo que deben marcarse ambas casillas.
3. Hora del accidente se refiere a la hora en que ocurrió. Hora de trabajo es la 1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup>, etc.
4. AGENTE MATERIAL es por el que se produce el accidente, el agente principal.
  - INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE. Esta es la parte más importante para poder hacer los estudios necesarios para evitar los riesgos que conlleva el trabajo que se realiza. Debe rellenarse en su totalidad. Comienza con una BREVE DESCRIPCIÓN del accidente. En la SECUENCIA DEL ACCIDENTE los hechos se verán en forma inversa en el tiempo:
    - ✓ Suceso que provocó la lesión será el desenlace del accidente; por ejemplo: si es una caída, será el golpe con el suelo, obstáculo, mobiliario, etc.
    - ✓ ¿Que provocó el accidente?, es el hecho fortuito, o no, que da lugar al accidente; por ejemplo: «resbaló por el agua en el suelo». En este caso el agua provocó el accidente.
    - ✓ Suceso previo al accidente, será la acción previa al accidente; por ejemplo: «Fregaba el suelo».

El apartado de los testigos es fundamental para la investigación y posteriores trabajos de prevención ya que se tienen más datos y desde el punto de vista de otra persona que no sea el accidentado.

Este parte interno de Accidente de Trabajo deberá estar firmado por el responsable superior del accidentado y con el sello del Servicio.

**PARTE INTERNO DE ACCIDENTES LABORALES**

Apellidos ..... Nombre .....

Domicilio ..... Telf. ....

Fecha de nacimiento ..... D.N.I. .... N.º Seg. Social ..... / .....

Servicio ..... Categoría .....

¿HAN OCURRIDO OTROS ACCIDENTES EN LA ZONA O SIMILARES? SÍ  NO

FUNCIONARIO  LABORAL

**INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE/INCIDENTE**

CALIFICACIÓN DEL ACCIDENTE	IR O VOLVER DEL TRABAJO	<input type="checkbox"/>
	DESPLAZAMIENTO EN LA JORNADA LABORAL	<input type="checkbox"/>
	EN EL CENTRO DE TRABAJO HABITUAL	<input type="checkbox"/>
	EN OTRO CENTRO DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>
	EN OTRO LUGAR DIFERENTE AL TRABAJO	<input type="checkbox"/>

ES UN ACCIDENTE DE TRÁFICO: SÍ  NO

HORA DEL ACCIDENTE	
HORA DE TRABAJO (1.ª, 2.ª, etc.)	
FECHA AA.TT.	

Agente material .....

Parte del cuerpo afectada .....

Recibió asistencia SI  NO  CENTRO .....

**INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE**

BREVE DESCRIPCIÓN .....

.....

**SECUENCIA DEL ACCIDENTE**

1. Suceso que provocó la lesión .....

2. ¿Qué provocó el accidente? .....

3. Suceso(s) previo(s) al accidente .....

Tarea que realizaba .....

Postura del trabajador ..... Estaba sólo SÍ  NO

Testigos: ..... Telf.: .....

..... Telf.: .....

Factores causales (sucesos y condiciones que han contribuido a provocar el accidente)

Firma y sello

Fdo. ....

**PARTE INTERNO DE ACCIDENTES LABORALES**

Apellidos..... Nombre .....

Domicilio..... Telf.....

Fecha de nacimiento..... D.N.I..... N.º Seg. Social...../.....

Servicio..... Categoría.....

¿HAN OCURRIDO OTROS ACCIDENTES EN LA ZONA O SIMILARES? SÍ  NO

FUNCIONARIO  LABORAL

**INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE/INCIDENTE**

CALIFICACIÓN DEL ACCIDENTE	IR O VOLVER DEL TRABAJO	<input type="checkbox"/>
	DESPLAZAMIENTO EN LA JORNADA LABORAL	<input type="checkbox"/>
	EN EL CENTRO DE TRABAJO HABITUAL	<input type="checkbox"/>
	EN OTRO CENTRO DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>
	EN OTRO LUGAR DIFERENTE AL TRABAJO	<input type="checkbox"/>

ES UN ACCIDENTE DE TRÁFICO: SÍ  NO

HORA DEL ACCIDENTE	
HORA DE TRABAJO (1.ª, 2.ª, etc.)	
FECHA AA.TT.	

Agente material.....

Parte del cuerpo afectada.....

Recibió asistencia SI  NO  CENTRO.....

**INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE**

BREVE DESCRIPCIÓN.....

.....

**SECUENCIA DEL ACCIDENTE**

1. Suceso que provocó la lesión.....

2. ¿Qué provocó el accidente?.....

3. Suceso(s) previo(s) al accidente.....

Tarea que realizaba.....

Postura del trabajador..... Estaba sólo SÍ  NO

Testigos: ..... Telf.:.....

..... Telf.:.....

Factores causales (sucesos y condiciones que han contribuido a provocar el accidente)

Firma y sello

Fdo. ....

**PARTE INTERNO DE ACCIDENTES LABORALES**

Apellidos ..... Nombre .....

Domicilio ..... Telf. ....

Fecha de nacimiento ..... D.N.I. .... N.º Seg. Social ..... / .....

Servicio ..... Categoría .....

¿HAN OCURRIDO OTROS ACCIDENTES EN LA ZONA O SIMILARES? SÍ  NO

FUNCIONARIO  LABORAL

**INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE/INCIDENTE**

CALIFICACIÓN DEL ACCIDENTE	IR O VOLVER DEL TRABAJO	<input type="checkbox"/>
	DESPLAZAMIENTO EN LA JORNADA LABORAL	<input type="checkbox"/>
	EN EL CENTRO DE TRABAJO HABITUAL	<input type="checkbox"/>
	EN OTRO CENTRO DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>
	EN OTRO LUGAR DIFERENTE AL TRABAJO	<input type="checkbox"/>

ES UN ACCIDENTE DE TRÁFICO: SÍ  NO

HORA DEL ACCIDENTE	
HORA DE TRABAJO (1.ª, 2.ª, etc.)	
FECHA AA.TT.	

Agente material.....

Parte del cuerpo afectada.....

Recibió asistencia SI  NO  CENTRO .....

**INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE**

BREVE DESCRIPCIÓN .....

.....

**SECUENCIA DEL ACCIDENTE**

1. Suceso que provocó la lesión .....

2. ¿Qué provocó el accidente? .....

3. Suceso(s) previo(s) al accidente .....

Tarea que realizaba .....

Postura del trabajador ..... Estaba sólo SÍ  NO

Testigos: ..... Telf.: .....

..... Telf.: .....

Factores causales (sucesos y condiciones que han contribuido a provocar el accidente)

Firma y sello
Fdo. ....

**PARTE INTERNO DE ACCIDENTES LABORALES**

Apellidos ..... Nombre .....

Domicilio ..... Telf. ....

Fecha de nacimiento ..... D.N.I. .... N.º Seg. Social ..... / .....

Servicio ..... Categoría .....

¿HAN OCURRIDO OTROS ACCIDENTES EN LA ZONA O SIMILARES? SÍ  NO

FUNCIONARIO  LABORAL

**INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE/INCIDENTE**

CALIFICACIÓN DEL ACCIDENTE	IR O VOLVER DEL TRABAJO	<input type="checkbox"/>
	DESPLAZAMIENTO EN LA JORNADA LABORAL	<input type="checkbox"/>
	EN EL CENTRO DE TRABAJO HABITUAL	<input type="checkbox"/>
	EN OTRO CENTRO DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>
	EN OTRO LUGAR DIFERENTE AL TRABAJO	<input type="checkbox"/>

ES UN ACCIDENTE DE TRÁFICO: SÍ  NO

HORA DEL ACCIDENTE	
HORA DE TRABAJO (1.ª, 2.ª, etc.)	
FECHA AA.TT.	

Agente material.....

Parte del cuerpo afectada.....

Recibió asistencia SI  NO  CENTRO .....

**INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE**

BREVE DESCRIPCIÓN .....

.....

**SECUENCIA DEL ACCIDENTE**

1. Suceso que provocó la lesión .....

2. ¿Qué provocó el accidente? .....

3. Suceso(s) previo(s) al accidente .....

Tarea que realizaba .....

Postura del trabajador ..... Estaba sólo SÍ  NO

Testigos: ..... Telf.: .....

..... Telf.: .....

Factores causales (sucesos y condiciones que han contribuido a provocar el accidente)

Firma y sello
Fdo. ....