

SUPERVISOR'S INCIDENT INVESTIGATION REPORT

These guidelines help organize the investigation of accidents and incidents involving employees, tools, equipment or material. All accidents and incidents should be investigated, regardless of how minor. The same conditions that cause a minor incident could lead to a major accident. The unsafe acts of workers and the unsafe conditions that cause accidents can be identified and corrected. It is your responsibility to find them, name them and correct them. This form should be completed during the shift that the incident occurs.

EMPLOYEE DATA

NAME OF EMPLOYEE _____ SSN _____
DATE OF BIRTH _____ JOB TITLE _____
DEPT _____ SHIFT HOURS _____
TIME ON PRESENT JOB _____ OVERTIME _____

INCIDENT DATA

DATE OF INCIDENT _____ TIME OF INCIDENT _____ DATE REPORTED _____
ADDRESS WHERE ACCIDENT OCCURRED _____
ON EMPLOYER PREMISES? Y/N ____ REPORTED TO WHOM _____
TITLE _____ DID EMPLOYEE RETURN TO WORK? _____
BRIEF DESCRIPTION OF INJURY/ILLNESS (BURN, FRACTURE, STRAIN, CUT, ETC.) _____

BODY PARTS AFFECTED _____
TREATMENT PROVIDED BY: DOCTOR ____ EMERGENCY ROOM ____ PLANT NURSE ____ SUPERVISOR ____
DID EMPLOYEE RECEIVE FULL PAY FOR THE DAY OF INJURY? _____
LIST ANY WITNESSES _____

INCIDENT DETAILS

JOB OR ACTIVITY AT THE TIME OF INCIDENT _____
DESCRIBE CLEARLY WHAT OCCURRED. INCLUDE DIAGRAM IF NEEDED.

WAS EMPLOYEE PERFORMING NORMAL JOB DUTIES? Y/N ____
WHAT ACT, FAILURE TO ACT OR CONDITION(S) CONTRIBUTED MOST DIRECTLY TO THIS
HAPPENING? PLEASE DESCRIBE ANY UNSAFE ACTS OR UNSAFE CONDITIONS _____

SUPERVISOR _____ DATE _____ MANAGER _____ DATE _____

DATE FORM COMPLETE AND BY WHOM _____

Please send all medical bills/supporting documentation and non-medical invoices to:
Berkley Industrial Comp, PO Box 14817, Lexington, KY 40512
Our electronic payer ID is J1524 via Jopari



INFORME DE INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES PARA EL SUPERVISOR

Estas instrucciones ayudarán a organizar la investigación de accidentes e incidentes que involucran a los empleados, herramientas, equipos o materiales. Todos los accidentes e incidentes deben ser investigados, independientemente de su causa o tamaño. Las mismas condiciones que provocan un incidente menor podrían conducir a un accidente grave. Los actos sin precaución de los trabajadores y las condiciones sin seguridad causan accidentes que se pueden identificar y corregir. Es su responsabilidad encontrar, definir y corregir toda índole de situación falta de seguridad. Este formulario informativo debe completarse durante el turno en que ocurra el incidente.

DATOS DE LOS EMPLEADOS

NOMBRE DEL EMPLEADO _____ NUMERO SOCIAL _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ TÍTULO PROFESIONAL _____
DEPARTAMENTO _____ HORAS DE TRABAJO _____
TIEMPO DE TRABAJO _____ HORAS EXTRAS _____

DATOS DE INCIDENTES

FECHA DEL INCIDENTE _____ TIEMPO DEL INCIDENTE _____ FECHA REPORTADO _____
DIRECCIÓN DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE _____
¿EN LAS INSTALACIONES DEL EMPLEADOR? S/N _____
TÍTULO DE LA PERSONA A QUIEN SE LA INFORMO _____
¿REGRESÓ EL EMPLEADO AL TRABAJO? _____
DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN O ENFERMEDAD (QUEMADURA, FRACTURA, DEFORMACIÓN, INCISIÓN, ETC)

PARTES DEL CUERPO AFECTADAS _____
TRATAMIENTO: MÉDICO __ SALA DE EMERGENCIA __ ENFERMERO DE PLANTA __ SUPERVISOR __
EMPLEADO RECIBIÓ PAGO COMPLETO POR EL DÍA EN EL QUE SE ACCIDENTO/LESIONO? _____
LISTA DE TESTIGOS _____

DETALLES DEL INCIDENTE/S

TRABAJO O ACTIVIDAD EN EL MOMENTO DEL INCIDENTE _____
DESCRIBIA CLARAMENTE LO QUE OCURRIÓ INCLUYA DIAGRAMA SI ES NECESARIO

¿EL EMPLEADO REALIZABA TAREAS LABORALES NORMALES? S/N _____
QUÉ ACTIVIDAD O FALTA DE ACTIVIDAD CONTRIBUYÓ MÁS DIRECTAMENTE A QUE SUCEDIERA EL
ACCIDENTE/INCIDENTE? POR FAVOR DESCRIBA CUALQUIER ACTO O FALTA DE MEDIDA DE SEGURIDAD
QUE CONTRIBUYO AL ACCIDENTE/INCIDENTE.

SUPERVISOR	FECHA	GERENTE	FECHA
------------	-------	---------	-------

FECHA COMPLETADA Y POR QUIEN

Envíe todas las facturas médicas / documentación de apoyo y facturas no médicas a:
Berkley Industrial Comp, PO Box 14817, Lexington, KY 40512

