

# Formulario de Comunicación de Accidentes Laborales

## Datos de la Empresa

Nombre de la Empresa

Nro. Patronal MTESS

Nro. Patronal I.P.S.

Dirección de la Empresa

Departamento

Localidad/Distrito

Actividad Principal de la Empresa

## Datos del empleado accidentado

Nombre y Apellido

Nro. Documento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo (M/F) \_\_\_\_\_ Estado Civil (S/C/V) \_\_\_\_\_

Nacionalidad \_\_\_\_\_ Ocupación/Cargo \_\_\_\_\_

## Detalle sobre el accidente

Fecha (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Lugar del accidente

En la empresa

Fuera de la empresa

Zona urbana

Zona rural

Ocupación en el momento del accidente

Tipo de accidente \_\_\_\_\_

Naturaleza del accidente \_\_\_\_\_

Zona del cuerpo afectada \_\_\_\_\_

Agente causante Maquina  Instalación  Equipamiento  Vehículo

Herramienta  Red eléctrica  Prod. Químicos  Otros

Contaba con equipos de Protección Personal Si  No  Consecuencias con Reposo Si  No

Descripción detallada del accidente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma y Sello del empleador o Representante