



Documento Adjunto No. 6


CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
DIRECCION BIENESTAR LABORAL
ÁREA DE SALUD OCUPACIONAL

Tel / Fax: 2256 0148

ehernanp@ccss.sa.cr

No. Caso Investigado: _____ 1

INFORME DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES / INCIDENTES SUSTENTO LEGAL. LEY 6727 ART. 214 INCISO A./ REGLAMENTO DE C.S.O ART. 18 INCISO H

I. IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO			
NOMBRE DE LA UNIDAD: ²		UNIDAD PROGRAMATICA: ³	
II. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO			
NOMBRE DE TRABAJADOR ⁴	NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CEDULA ⁵		ESCOLARIDAD ⁶	
EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ⁷		FECHA DE NACIMIENTO ⁸	DIA / MES / AÑO
GENERO ⁹	M F	ESTADO CIVIL ¹⁰	
SERVICIO ¹¹		PUESTO ¹²	
ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO ¹³	AÑOS _____ MESES _____	TURNOS DE TRABAJO ¹⁴	Fijo de ... horas a ... horas Rotativo de ... horas a ... horas
III. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO			
LUGAR DEL EVENTO ¹⁵			
FECHA DEL EVENTO ¹⁶	DIA / MES / AÑO	HORA DEL EVENTO ¹⁷	____ AM ____ PM
LESION ¹⁸ (Ver Anexo 1)			
SEÑALE LA PARTE (S) DEL CUERPO AFECTADA ¹⁹			



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
DIRECCION BIENESTAR LABORAL
ÁREA DE SALUD OCUPACIONAL

Tel / Fax: 2256 0148

ehernanp@ccss.sa.cr

MATERIAL / EQUIPO/ SUSTANCIA RELACIONADO CON EL DAÑO ²⁰	
RECURSO MATERIAL DAÑADO ²¹	
DIAS PERDIDOS (INCAPACIDAD) ²²	

D E S C R I P C I Ó N	23 DESCRIPCIÓN DEL EVENTO
	(Ver Anexo 2: Formas de Accidente)

I V. A N A L I S I S	CAUSAS INMEDIATAS ²⁴ ¿QUÉ CAUSAS O CONDICIONES SUBESTANDARES CAUSARON O PUDIERON CAUSAR EL ACONTECIMIENTO? (Ver Anexo No. 3)
C A U S A L	CAUSAS BASICAS ²⁵ ¿QUÉ FACTORES PERSONALES, AMBIENTALES, EQUIPO Y MATERIALES QUE CAUSARON O PUDIERON CONTRIBUIR CAUSAR EL ACONTECIMIENTO? (Ver Anexo No. 3)



V. P L A N D E A C C I Ó N	ACCION PREVENTIVA TEMPORALES ²⁶ ENUMERE LAS ACCIONES QUE PUEDE REALIZAR EN ESTE MOMENTO PARA EVITAR QUE ESTE EVENTO SE REPITA			
	Acción	Responsable	Fecha	Costo
	ACCIONES PREVENTIVAS PERMANENTES ²⁷ ¿QUÉ ACCIONES SE DEBEN REALIZAR PARA RESOLVER QUE NO SE REPITA EL EVENTO?			
	Acción	Responsable	Fecha	Costo

VI. Identificación

NOMBRE DEL INVESTIGADOR(ES) ²⁸	FIRMA(S) ²⁹
NOMBRE DEL PRESIDENTE COMISION DE SALUD OCUPACIONAL ³⁰	FIRMA ³¹
NOMBRE DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD MEDICA O SU REPRESENTANTE ³²	FIRMA ³³
FECHA DE REALIZADA LA INVESTIGACIÓN ³⁴	

NOTAS:

TODO INFORME DE INVESTIGACIÓN DEBE ARCHIVARSE EN FORMA SECUENCIAL, POR MES Y POR AÑO (POR UN PERIODO DE 10 AÑOS)

ESTE INFORME DEBE DE SER COMPLEMENTARIO AL SISTEMA REGISTRO Y ESTADÍSTICAS DE ACCIDENTES DE LA UNIDAD.

ES DEBER DE CADA COMISION DE SALUD OCUPACIONAL AL FINALIZAR CADA MES, REALIZAR UN CONSOLIDADO DE CASOS INVESTIGADOS EN LA FORMULA F-DSO-002 Y ENVIARLO AL ÁREA DE SALUD OCUPACIONAL CEDESO. (VER ANEXO)