

ANEXO C06. 6.1
COMUNICACIÓN / DESCRIPCIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO

SERVICIO DE SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
AVDA. VALHONDO, S/N. MÓDULO 2. PLANTA 1ª. 06800 MÉRIDA
TFNO.: 924 17 01 54 FAX: 924 48 40 78

ACCIDENTE CON BAJA RECAÍDA SE HA COMUNICADO DE FORMA URGENTE: SI NO
SIN BAJA MUFACE: SI NO
CON RIESGO BIOLÓGICO: SI NO

DATOS DEL TRABAJADOR/A ACCIDENTADO/A

NOMBRE _____ APELLIDOS _____ D.N.I. _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ FECHA DE INGRESO EN LA EMPRESA _____
DOMICILIO _____ C.P. _____ POBLACIÓN _____ PROVINCIA _____
Nº AFILIACIÓN S.S. _____ NACIONALIDAD _____ TFNO. MÓVIL/FIJO _____
OCUPACIÓN DEL TRABAJADOR/A _____
ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO TRABAJO: (meses) _____ (días) _____
FUNCIONARIO/A (Fijo/a Interino/a) LABORAL (Fijo/a Temporal) EVENTUAL

DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

CONSEJERÍA _____
CENTRO DE TRABAJO _____ DIRECCIÓN _____
POBLACION _____ TFNO. _____ PLANTILLA DEL CENTRO _____
C.I.F. _____ CÓDIGO C. COTIZACIÓN EN LA QUE ESTÁ EL TRABAJADOR/A _____

DATOS DEL ACCIDENTE

FECHA ACCIDENTE _____ DÍA DE LA SEMANA _____ HORA DEL DÍA (1 a 24) _____
HORA DE TRABAJO (1ª, 2ª..) _____ ERA SU TRABAJO HABITUAL: SI NO FECHA BAJA MÉDICA _____
LUGAR DEL ACCIDENTE: En su centro de trabajo En otro centro En desplazamiento en su jornada laboral
Al ir a volver al trabajo (in itinere) Marque si ha sido accidente de tráfico
SI SE HA PRODUCIDO EN OTRO CENTRO O LUGAR INDICAR: Nombre _____
Población _____ Provincia _____ Pertenece a la Junta de Extremadura: SI NO
MARQUE SI HA AFECTADO A MÁS DE UN TRABAJADOR MARQUE SI HUBO TESTIGOS
En su caso, nombre, dirección y tfno. de testigos del accidente:

¿En qué lugar se encontraba cuando se produjo el accidente?

¿Qué estaba haciendo cuando se accidentó? ACTIVIDAD FÍSICA ESPECÍFICA

Agente material asociado a la ACTIVIDAD FÍSICA (objeto, instrumento o agente que utilizaba en el momento del accidente)

Agente material CAUSANTE DE LA LESIÓN (objeto, instrumento o agente con el que se produjo la lesión)

DATOS DE LA LESIÓN Y ASISTENCIALES

DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN _____
PARTE DEL CUERPO LESIONADA _____
GRADO DE LA LESIÓN: Leve Grave Muy Grave Fallecimiento
TIPO DE ASISTENCIA: Hospitalaria Ambulatoria
MÉDICO QUE PRESTA LA ASISTENCIA INMEDIATA: _____
Marque si ha sido hospitalizado y en su caso nombre del establecimiento _____

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE (indicar con claridad y de manera secuencial: cómo sucedió el accidente, detallando qué estaba haciendo, la hora, el lugar, presencia de otros trabajadores/as, etc.)

CAUSAS QUE ORIGINARON EL ACCIDENTE (describir los actos y /o condiciones que ocasionaron el accidente)

MEDIDAS PREVENTIVAS (acciones que se han adoptado o se van a adoptar para evitar la repetición del accidente)

En caso de accidente sin testigos o accidentes "in itinere", el/la trabajador/a deberán entregar al centro de trabajo declaración firmada de los hechos acaecidos.

COMUNICACIÓN REALIZADA POR D. / Dña.: _____

- Responsable del centro
- Responsable en materia de seguridad y salud
- Colaborador/a del responsable en materia de seguridad y salud
- Otro/a (_____)

En _____ a _____ de _____ de 20__

Trabajador/a accidentado/a

Fdo.: _____

Fdo.: _____

Causa por la que falta la firma del trabajador/a:
AUSENCIA DEL MISMO
NEGATIVA A FIRMAR.

ACCIDENTES CON BAJA: remitir a Representante de Programa Delta de su Consejería y al Serv. de Salud y Prev. de Riesgos Laborales lo antes posible.

ACCIDENTES CON BAJA PERSONAL MUFACE: remitir a su Secretaría General y al Serv. de Salud y Prev. de Riesgos Laborales.

ACCIDENTES SIN BAJA: remitir al Servicio de Salud y Prevención de Riesgos Laborales.

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR EL PARTE DE COMUNICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Deberá cumplimentarse este Parte en todos los accidentes de trabajo con baja y sin baja médica, y en las recaídas. Se entiende como recaída "la baja médica del trabajador como consecuencia directa de un accidente anterior". En estos casos deberá consignarse como fecha de ocurrencia la del accidente que la originó.

Datos para el Servicio de Salud y Riesgos Laborales

Deben cumplimentarse en su totalidad todos los apartados, especialmente los referentes a la descripción del accidente, causas y medidas preventivas. La información que proporcione debe ser lo más amplia y detallada posible.

Datos para el delt@ DE CARÁCTER GENERAL

Aquellos accidentes de trabajo o recaídas que conlleven la ausencia del lugar de trabajo del trabajador accidentado de al menos un día (salvedad hecha del día en que ocurrió el accidente) serán dados de alta en el Sistema Delt@ por el "representante" de cada Consejería u Organismo Asimilado en plazo máximo de cinco días hábiles desde la fecha en que ocurrió el accidente (24 horas en accidentes graves, muy graves, fallecimientos o que afecten a cuatro o más trabajadores), o desde la fecha de baja médica.

DATOS DEL TRABAJADOR /A ACCIDENTADO /A

Nº de Afiliación a la Seguridad Social (NAF): El NAF del trabajador completo figura en el Boletín de cotización a la seguridad Social modelo TC2. Consta de doce dígitos: • Código de provincia (dos primeros dígitos). • Número de 10 dígitos

Nacionalidad: Si es distinta de la española, debe especificar en la línea de puntos el país de procedencia. (Tabla de códigos en Anexo I).

Ocupación del trabajador: Descríbase la ocupación o profesión de la manera más detallada y precisa posible; por ejemplo no es suficiente con poner "operador de máquina", debe poner "operador de máquina para fabricar productos de madera" u "operador de máquina para fabricación de productos textiles", etc. Se codificará a tres dígitos de la CNO vigente. (Ver Anexo III)

Antigüedad en el puesto de trabajo: Se trata de la antigüedad en el puesto de trabajo desempeñado en el momento del accidente y tendrá como límite máximo el tiempo de antigüedad en la empresa. Se consignará en meses y/o días en caso de ser inferior al mes.

DATOS CENTRO DE TRABAJO

CIF: El CIF deberá cumplimentarse con sus 9 dígitos, de los cuales, el primero de ellos es siempre una letra.

Código de Cuenta de Cotización en la que está el trabajador: Consta de once dígitos (Código de provincia los dos primeros dígitos y número de 9 dígitos)

DATOS DEL ACCIDENTE

Hora de trabajo: En los accidentes "in itinere", se cumplimentará a ceros (00) cuando el accidente se produzca al "ir al trabajo", y con 99 cuando se produzca al "volver del trabajo".

En qué lugar se encontraba el accidentado cuando se produjo el accidente?: Se trata del lugar de trabajo, del entorno general o del local de trabajo donde se encontraba el trabajador inmediatamente antes de producirse el accidente. Por ejemplo: obra o edificio en construcción, zona agrícola, zona industrial, etc. (ver Tabla-1 de códigos en Anexo II).

Qué estaba haciendo la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (ACTIVIDAD FÍSICA ESPECÍFICA): Se trata de la actividad física concreta que realizaba la víctima inmediatamente antes de producirse el accidente. Por ejemplo: desplazamiento por la obra, recoger fruta, cortar carne con máquina, etc. (ver Tabla-3 de códigos en Anexo II).

Agente material de la Actividad física específica: El agente material asociado con la actividad física específica describe el instrumento, el objeto o el agente que estaba utilizando la víctima inmediatamente antes de producirse el accidente. Por ejemplo: suelo o superficie de trabajo, tijeras o herramienta manual de corte, máquina de cortar carne etc. (Tabla de códigos en Anexo IV).

Agente material causante de la lesión: El agente material asociado a la forma (contacto-modalidad de la lesión), describe el objeto, instrumento, o agente con el cual la víctima se produjo la/s lesión/es. Si varios agentes materiales hubieran producido la/s lesión/es, se registrará el Agente material ligado a la lesión más grave. Por ejemplo: carga suspendida de una grúa herramienta manual de corte, máquina de cortar carne etc. (Tabla de códigos en Anexo IV)

DATOS DE LA LESIÓN Y ASISTENCIALES

Descripción de la lesión y Parte del cuerpo lesionada: Además de una breve descripción literal, se consignará el código que corresponda. (Ver Tablas 6 y 7 de códigos en Anexo II).

(Grado de la lesión: Las casillas que figuran en esta rúbrica son las mismas que figuran en el Parte Médico de Baja, por tanto se marcará el mismo grado que figura en dicho Parte.

Tipo de asistencia sanitaria: Cuando la asistencia sea prestada en la propia empresa, se consignará como "ambulatoria".

**ESTE DOCUMENTO SE ARCHIVARÁ EN EL CENTRO.
SIEMPRE QUE SEA POSIBLE SE RECABARÁ LA FIRMA DEL TRABAJADOR/A.**