



PACIFIC COMPENSATION INSURANCE COMPANY
ACCIDENT INVESTIGATION REPORT
REPORTE DE INVESTIGACION ACCIDENTAL

LOSS CONTROL SERVICES

EMPLOYER/PATRON: _____ DIVISION/DIVISION: _____

ADDRESS/DIRECCION: _____

NAME OF INJURED/NOMBRE DEL LESIONADO: _____

DATE OF ACCIDENT-TIME/Fecha y hora del accidente: _____

OCCUPATION/OFFICIO: _____

HOW LONG EMPLOYED ON THIS OR SIMILAR OPERATION/CUANTO TIEMPO A ESTADO EMPLEADO EN ESTE O TRABAJO SIMILAR?: _____

LOCATION OF ACCIDENT/LUGAR DEL ACCIDENTE: _____

DATE REPORTED/Fecha que se reporto: _____

WAS FIRST AID GIVEN/SE LE DIO AYUDA DE PRIMEROS AUXILIOS? _____

BY WHOM/QUIEN DIO LA AYUDA? _____

WAS EMPLOYEE SENT TO DOCTOR/SE MANDO EL EMPLEADO AL MEDICO?: _____

WAS TIME LOST/SE PERDIO TIEMPO? _____ HOW MANY DAYS/CUANTOS DIAS? _____

IDENTIFICATION OF THE ACCIDENT FACTORS
IDENTIFICACION DE LOS FACTORES DEL ACCIDENTE

INJURY AND/OR DAMAGE/LESIONO/Y DANO: _____

BRIEF DESCRIPTION OF ACCIDENT (WHAT HAPPENED)/BREVEAMENTE DESCRIBA EL ACCIDENTE (QUE PASO?): _____

ACCIDENT TYPE (CHECK ONE)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Struck by | <input type="checkbox"/> Fall – Different Level | <input type="checkbox"/> Caught in, on or between |
| <input type="checkbox"/> Fall – Same Level | <input type="checkbox"/> Ingestion | <input type="checkbox"/> Absorption |
| <input type="checkbox"/> Inhalation | <input type="checkbox"/> Exposure to Temperature Extremes | |
| <input type="checkbox"/> Contact with Electrical Current | <input type="checkbox"/> Overexerted | |
| <input type="checkbox"/> Struck against | | |

TIPO DE ACCIDENTE (MARQUE UNO)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Golpeado Por | <input type="checkbox"/> Golpeado Encantra | <input type="checkbox"/> Sobre Extencion De Musculo |
| <input type="checkbox"/> Caída De Mismo Nivel | <input type="checkbox"/> Caída de diferente Nivel | <input type="checkbox"/> Atrapado Entre o contra algo |
| <input type="checkbox"/> Inhalacion | <input type="checkbox"/> Ingenir por la Boca | <input type="checkbox"/> Absorción |
| <input type="checkbox"/> Contacto con le Electricidad | <input type="checkbox"/> Contacio con Temperaturas Extremas | |

ACCIDENT CAUSES/CAUSAS DEL ACCIDENTE

WHAT SPECIFIC UNSAFE ACT WAS RESPONSIBLE FOR THIS ACCIDENT/QUE HECHO MALO FUE RESPONSABLE POR ESTE ACCIDENTE? _____

WHAT SPECIFIC UNSAFE CONDITION WAS RESPONSIBLE FOR THIS ACCIDENT/QUE CONDICION MALA FUE RESPONSABLE POR EESTE ACCIDENTE? _____

REASONS- WHY WAS THE UNSAFE ACT COMMITTED AND/OR WHY DID THE UNSAFE CONDITION EXIST/ RASONES-POR QUE FUE EL HECHO MALO COMETIDO Y/O POR QUE EXISTO LA CONDICION MALA?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Improper attitude/ Actitud impropia | <input type="checkbox"/> Human Limitation/Limitaciones humanas |
| <input type="checkbox"/> Lack of Knowledge/Experience/ Falta de conocimiento/experiencia | <input type="checkbox"/> Condition / Afección |

CORRECTIVE ACTION/ACCION CORRECTIVA

WHAT DO YOU SUGGEST BE DONE TO PREVENT A SIMILAR ACCIDENT/QUE SUGIERE LISTED SE HAGA PARA PREVENIR UN ACCIDENTE IGUAL?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Instruction/Training | <input type="checkbox"/> Proper placement | <input type="checkbox"/> Recommend to management |
| <input type="checkbox"/> Motivation/Discipline | <input type="checkbox"/> Repair/Eliminate | |

SIGNATURE OF SUPERVISOR/FIRMA DEL MAYORDOMO: _____

DEPARTMENT/NOMBRE DEL DEPARTAMENTO: _____

DATE/FECH: _____