

## COMUNICACIÓN INTERNA DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Remitir una copia al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y otra al Dpto. de Personal

Fax:	Teléfono:
------	-----------

**HOSPITAL / GERENCIA**

**CENTRO / SERVICIO / UNIDAD/ PLANTA**

**RESPONSABLE / SUPERVISOR**

**FECHA COMUNICACIÓN AL SERVICIO**

### DATOS DEL ACCIDENTADO

NOMBRE	APELLIDOS:
--------	------------

NIF:	CATEGORÍA:	PUESTO:
------	------------	---------

N.S.S.:	FECHA DE NACIMIENTO:	ANTIGÜEDAD (años):
---------	----------------------	--------------------

RELACIÓN LABORAL	Propietario	Interino	Otros	Tlf. de contacto:

Domicilio:	LOCALIDAD:
------------	------------

### DATOS DEL ACCIDENTE

#### LUGAR DEL ACCIDENTE:

Centro de Trabajo	Desplazamiento en Jornada
-------------------	---------------------------

Ir o volver del Trabajo	Otro centro o lugar de trabajo
-------------------------	--------------------------------

TRABAJO HABITUAL:	SI	NO	TURNO:
-------------------	----	----	--------

FECHA:	DIA DE LA SEMANA:	HORA:	HORA DE TRABAJO:
--------	-------------------	-------	------------------

BAJA	SI	NO	FECHA BAJA:	GRADO LESION
------	----	----	-------------	--------------

**DESCRIPCIÓN LESIÓN:**

**PARTE CUERPO LESIONADA:**

**AGENTE MATERIAL CAUSANTE:**

**DAÑOS MATERIALES:**

**DESCRIBIR CLARAMENTE CÓMO SUCEDIÓ:**

**TESTIGOS:** (datos de identificación y teléfonos localización)

**FIRMA PERSONA QUE CUMPLIMENTA EL  
PARTE**

**FIRMA DEL SUPERVISOR / SUPERIOR  
JERÁRQUICO**

## INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR EL PARTE DE COMUNICACIÓN INTERNA DE ACCIDENTE DE TRABAJO

**1º.-** Antes de llenar esta comunicación de accidente, lea detenidamente sus distintos apartados.

**2º.-** Escriba con claridad y letra mayúscula.

**3º.-** Cumplimente todos sus datos personales y profesionales.

### INTRUCCIONES DE USO

El superior jerárquico del trabajador deberá llenar todos los datos del parte. Si fuera necesario puede cumplimentarlo el trabajador, pero siempre debe ser supervisado y visado por su superior, quien deberá firmarlo en todo caso.

El trabajador debe entregar una copia de esta comunicación de accidentes en el Servicio de Personal y otra en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales al que pertenece. Igualmente, debe quedarse con una copia.

En caso de accidente de riesgo biológico, debe pegarse al parte que se presente al Servicio de Prevención Riesgos Laborales, una pegatina de los datos del paciente-fuente, o debe apuntarse, al menos, su nombre y nº de historia. Recuerde, en todo caso, llevar a cabo el procedimiento establecido (Ver procedimiento en la página del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales)

Si tras el accidente requiere asistencia médica, acuda a la clínica de Ibermutuamur más cercana. (Ver procedimiento en la página del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales).

### GARANTÍA LEGAL

El Servicio de Prevención garantizará en todo caso el derecho a la intimidad y dignidad del empleado público.

Los datos de carácter personal recogidos en este documento se van a integrar en los ficheros del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y la Unidad de Personal del centro, con la exclusiva finalidad de realizar la notificación, seguimiento e investigación de accidentes laborales y elaboración de estadísticas. Estos datos se cederán a la Mutua de Accidentes de Trabajo y a la autoridad competente en materia laboral en los supuestos en que sea obligatorio según la legislación aplicable.

El interesado puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición o cancelación de datos en los términos y con los requisitos establecidos en los artículos 15 y siguientes de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de datos de carácter personal.