

## GUÍA DE OBSERVACIÓN

### CUESTIONARIO PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Código accidente

Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Técnico que investiga el accidente

#### Datos de la empresa

Nombre de la empresa <b>METALMEC</b>			Actividad económica.		
Dirección		Número	C.P.	Localidad	Provincia
Teléfono	Fax	CIF		Otros	

#### Datos del trabajador/a accidentado

Apellidos <b>GÓMEZ</b>		Nombre <b>FERNANDO</b>		Fecha de nacimiento. <b>05/11/1970</b>	
Lugar nacimiento <b>BUENOS AIRES</b>		Nacionalidad <b>ARGENTINO</b>		DNI <b>99.876.543</b>	
Dirección.		Número	Localidad	Provincia	C.P.
Teléfono fijo	Teléfono móvil		Persona de contacto		Teléfono

Fecha del accidente: __/__/__	Día de la semana: <b>LUNES</b>	Hora del día: <b>14:00</b>	Hora de trabajo: <b>14:00 a 22:00</b>	Tipo de contrato <input type="checkbox"/> Trabajador autónomo. <input checked="" type="checkbox"/> Fijo plantilla. <input type="checkbox"/> Contrato eventual. <input type="checkbox"/> Autónomo. <input type="checkbox"/> Alumno en formación. <input type="checkbox"/> Otros
Antigüedad en el puesto: <b>UN AÑO</b>				
Tipo de jornada/turno <input checked="" type="checkbox"/> Jornada completa. <input type="checkbox"/> Jornada parcial. <input type="checkbox"/> Turno fijo mañanas. <input type="checkbox"/> Turno fijo tardes. <input type="checkbox"/> Turno fijo noches. <input type="checkbox"/> Turno rotatorio.				

### Descripción de la tarea

**OPERARIO DE CARGA, TAREA QUE DESARROLLA HABITUALMENTE.**

#### TAREA.

*Actividad que realizaba la persona accidentada en el momento del accidente.*

1. ¿Era una tarea habitual en el trabajo (que se realiza varias veces durante el desarrollo normal del trabajo)?

Sí     No

2.1. ¿Se realizaba la tarea de la forma habitual (de la misma manera con la que se venía realizando normalmente)?

Sí (pasar a la pregunta 3)  
 No

2.2. Desarrollando la tarea de la forma habitual ¿era posible que ocurriera el accidente?

Sí     No

2.3. ¿Por qué la persona accidentada realizaba la tarea de forma no habitual?

No era posible realizarla de la forma habitual.  
 Desconocía la forma habitual de realizar la tarea.  
 Había recibido instrucciones de realizarla de esta manera.  
 Otros.....

3. ¿La tarea que desarrollaba en el momento del accidente era propia de su puesto de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No		4. ¿Con qué frecuencia había desarrollado durante su vida laboral esta misma tarea? <input type="checkbox"/> Era la primera vez <input type="checkbox"/> De manera esporádica <input checked="" type="checkbox"/> Frecuentemente	
5.1. ¿Había recibido en la empresa instrucciones sobre cómo realizar la tarea? <input type="checkbox"/> No (pasar a pregunta 6) <input checked="" type="checkbox"/> Sí	5.2. ¿Qué tipo de instrucciones? <input type="checkbox"/> Escritas <input checked="" type="checkbox"/> Verbales <input type="checkbox"/> Ambas	5.3. ¿De quién recibió las instrucciones? <input checked="" type="checkbox"/> Instrucciones del empresario <input type="checkbox"/> Instrucciones del encargado <input type="checkbox"/> Instrucciones de compañeros	5.4. ¿Estaba realizando la tarea de acuerdo con esas instrucciones? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6.1. ¿La tarea se realiza habitualmente con algún tipo de equipo de protección personal? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No (pasar a la pregunta 6.3.)	6.2. ¿La persona accidentada utilizaba estos equipos en el momento del accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	6.3. ¿Hubiera evitado el accidente la utilización de algún otro equipo de protección personal? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	
Indicar cuál / cuáles			
<b>Observaciones:</b>			
Fernando estaba ingresando a su trabajo en el horario habitual.			

<b>LUGAR</b> <i>Espacio físico en el que sucedió el accidente.</i>		
7.1. ¿La tarea se realizaba en el lugar habitual? <input checked="" type="checkbox"/> Sí (pasar a la pregunta 8) <input type="checkbox"/> No	7.2. Desarrollando la tarea en el lugar habitual ¿era posible que ocurriera el accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	7.3. ¿Por qué la persona accidentada no realizaba la tarea en el lugar habitual? <input type="checkbox"/> No era posible realizarla en el lugar habitual. <input type="checkbox"/> Desconocía el lugar habitual. <input type="checkbox"/> Había recibido instrucciones de realizarla en un lugar no habitual. <input type="checkbox"/> Otros.....
8. ¿Existe relación entre el accidente ocurrido y alguna de las circunstancias siguientes? <input type="checkbox"/> Aberturas y huecos desprotegidos. <input type="checkbox"/> Zonas de trabajo, tránsito y almacenamiento no delimitadas. <input type="checkbox"/> Dificultad en el acceso al puesto de trabajo. <input type="checkbox"/> Dificultad de movimiento en el puesto de trabajo. <input type="checkbox"/> Escaleras en mal estado <input checked="" type="checkbox"/> Pavimento deficiente (discontinuo, <b>resbaladizo</b> , etc.) <input type="checkbox"/> Vías de evacuación insuficientes o no practicables. <input checked="" type="checkbox"/> Falta de orden y limpieza. <input type="checkbox"/> Otros <b>CARGAMENTO VOLCADO</b>		
<b>TIEMPO</b> <i>Momento en el que sucede el accidente.</i>		

<p>9.1. ¿La tarea relacionada con el accidente se estaba realizando en el momento habitual en que solía realizarse?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí (pasar a la pregunta 10) <input type="checkbox"/> No</p>	<p>9.2. Desarrollando la tarea en el momento habitual ¿era posible que ocurriera el accidente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>9.3. ¿Por qué la persona accidentada no realizaba la tarea en el momento habitual?</p> <p><input type="checkbox"/> Había surgido algún imprevisto. <input type="checkbox"/> Había recibido instrucciones. <input type="checkbox"/> Otros.....</p>
<p>10. ¿Existe relación entre el accidente ocurrido y alguna de las circunstancias siguientes?</p> <p><input type="checkbox"/> Realizando horas extra <input type="checkbox"/> Doblando un turno <input type="checkbox"/> Realizando una jornada superior a las 8 horas <input type="checkbox"/> Después de una pausa <input checked="" type="checkbox"/> Otros <b>INGRESO A PLANTA</b></p>		
<p><b>Observaciones:</b></p>		
<p><b>EQUIPO DE TRABAJO</b></p>		
<p>11. ¿Se estaba utilizando alguna máquina, herramienta, accesorio, vehículo, etc. en la realización de la tarea relacionada con el accidente?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (pasar a la pregunta 13)</p>		
<p>12.1. ¿El equipo de trabajo utilizado era el habitual para el desarrollo de la tarea (<i>el que se utiliza normalmente para esa tarea</i>)?.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí (pasar a la pregunta 13) <input type="checkbox"/> No</p>	<p>12.2. Utilizando el equipo de trabajo habitual ¿era posible que ocurriera el accidente?.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>12.3. ¿Por qué la persona accidentada no utilizaba el equipo de trabajo habitual?</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocía la existencia de un equipo habitual. <input type="checkbox"/> El equipo habitual lo estaba utilizando otra persona. <input type="checkbox"/> El equipo habitual estaba estropeado o en mal estado. <input type="checkbox"/> Otros.....</p>

13. ¿Existe relación entre el accidente ocurrido y alguno de los elementos siguientes?		
<p><b>Máquinas</b></p> <input type="checkbox"/> Órganos móviles alejados del punto de operación accesibles. <input type="checkbox"/> Zona de operación desprotegida o parcialmente protegida. <input type="checkbox"/> Arranque intempestivo. <input type="checkbox"/> Anulación de protectores. <input checked="" type="checkbox"/> Inexistencia de elementos o dispositivos de control (indicador nivel, limitador de carga, etc.). <input type="checkbox"/> Ausencia de alarmas (puesta en marcha máquinas peligrosas, marcha atrás vehículos, etc.). <input type="checkbox"/> Paro de emergencia inexistente. <input type="checkbox"/> Paro de emergencia no accesible. <input type="checkbox"/> Ausencia de medios para la consignación de la máquina. <input type="checkbox"/> Ausencia de protecciones antivuelco (R.O.P.S.) en máquinas automotrices.	<p><b>Máquinas (continuación)</b></p> <input type="checkbox"/> Deficiencia de protecciones antivuelco en máquinas automotrices. <input type="checkbox"/> Ausencia de cabina de protección contra caída de materiales. <input type="checkbox"/> Deficiencia de cabina de protección contra caída de materiales. <input type="checkbox"/> Otros ..... <p><b>Materiales</b></p> <input type="checkbox"/> Materiales muy pesados en relación con los medios de mantenimiento utilizados. <input type="checkbox"/> Materiales con aristas, perfiles cortantes. <input type="checkbox"/> Inestabilidad en almacenamiento por apilado. <input type="checkbox"/> Manipulación manual de cargas <input type="checkbox"/> Otros.....	<p><b>Instalaciones</b></p> <input type="checkbox"/> Protección frente a contactos eléctricos directos inexistente. <input type="checkbox"/> Protección frente a contactos eléctricos indirectos inexistente. <input type="checkbox"/> Protección frente a contactos eléctricos indirectos defectuosa. <input type="checkbox"/> Focos de ignición no controlados. <input type="checkbox"/> Inexistencia de sectorización de áreas de riesgo. <input type="checkbox"/> Insuficiencia de sectorización de áreas de riesgo. <input type="checkbox"/> Sistemas de detección incendios-transmisión de alarmas incorrectos. <input type="checkbox"/> Instalaciones de extinción de incendios incorrectas. <input type="checkbox"/> Otros .....

**Observaciones:**

**INGRESA A LA FÁBRICA EN MOTOCICLETA POR ESTAR LA BARRERA LEVANTADA.**

**SUSTANCIAS / PRODUCTOS**

14. ¿Estaba implicado en el accidente alguna sustancia o producto peligroso?

Sí  No

<p>15.1. ¿Es habitual la utilización o presencia de esa sustancia/producto para el desarrollo de la tarea relacionada con el accidente?</p> <input type="checkbox"/> Sí (pasa a la pregunta 16) <input type="checkbox"/> No	<p>15.2. ¿Por qué se estaba utilizando una sustancia/producto que no era de uso habitual?</p> <input type="checkbox"/> Porque la habitual estaba agotada. <input type="checkbox"/> Normalmente no se utiliza ninguna sustancia, pero por circunstancias excepcionales se estaba utilizando. <input type="checkbox"/> Otros.....
--	---

16. ¿Existe relación entre el accidente ocurrido y alguno de los elementos siguientes?

Sustancia/producto explosivo  
 Sustancia/producto inflamable  
 Sustancia/producto tóxico  
 Sustancia/producto corrosivo  
 Sustancia/producto irritante  
 Sustancia/producto sensibilizante por inhalación o cutánea  
 Sustancia/producto que reacciona peligrosamente con el agua  
 Otros.....

**Observaciones:**

**AMBIENTE DE TRABAJO**

24. ¿Cuál de las siguientes condiciones del ambiente físico estaba presente?

	En el momento del accidente	Habitualmente Sí      No
--	-----------------------------	-----------------------------

Agresión térmica por frío/calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nivel de ruido elevado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iluminación incorrecta (insuficiente, deslumbramientos, efecto estroboscópico, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nivel de vibración que provoca pérdida de tacto o fatiga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposición a sustancias /productos tóxicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposición a contaminantes biológicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agresiones por seres vivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros <b>SUELO HÚMEDO</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

### FACTORES ERGONÓMICOS

25. ¿Cuál de las siguientes condiciones relacionadas con factores ergonómicos estaba presente?

	En el momento del accidente	Habitualmente	
		Sí	No
Exceso de esfuerzo físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manipulación de cargas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posturas forzadas (1)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Movimientos repetitivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

26. ¿Cuál de las siguientes condiciones relacionadas con la organización del trabajo estaba presente?

	En el momento del accidente	Habitualmente	
		Sí	No
Simultaneidad de tareas por el mismo operario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo a velocidad o ritmo elevado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Primas por productividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo monótono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo aislado/solitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de supervisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo a turnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo nocturno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo temporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exceso de horas de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exceso de esfuerzo mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros <b>CIRCULACIÓN DE VEHÍCULOS (2)</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Observaciones:**

**(1): Postura forzada por ciclomotor que se resbaja.**

**(2): en el acceso a la fábrica en horario de entrada del personal.**

**Cumplimentado por:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trabajador accidentado | <input type="checkbox"/> Trabajador designado |
| <input type="checkbox"/> Trabajador testigo     | <input type="checkbox"/> Encargado            |
| <input type="checkbox"/> Delegado de prevención | <input type="checkbox"/> Técnico de Mutua     |

Nombre y apellidos **FERNANDO GÓMEZ**

Puesto  
**OPERARIO DE CARGA**

Antigüedad **1 AÑO**  
(años en la empresa)

Testigo 1	Testigo 2	Testigo 3