

# Póliza de Informes de Accidentes / Lesiones

---

Para reducir el riesgo de más lesiones en el lugar de trabajo y para garantizar que los empleados reciban la atención médica que necesitan, EL EMPLEADOR requiere la notificación inmediata de todos los accidentes que impliquen daños a la propiedad o lesiones personales. En caso de que un empleado esté involucrado en un accidente mientras está en el trabajo, el empleado debe reportar inmediatamente el accidente al Capataz o Al Supervisor a cargo. Los empleados deben reportar cualquier incidente a medida que ocurran. NO ESPERE hasta el final del turno de trabajo para reportar el incidente. Si hay una situación en la que un empleado no se da cuenta de su lesión de inmediato, el empleado debe reportar la lesión tan pronto como sea razonablemente posible al tomar conciencia de ella, y no más tarde del final de ese día. Ningún empleado será disciplinado por reportar una lesión o enfermedad. Los empleados que hagan sus mejores esfuerzos de buena fe para informar accidentes de inmediato no serán sancionados.

---

EL EMPLEADOR requiere que sus empleados firmen un formulario de firma de accidente de empleado titulado "Registro diario de seguridad ocupacional de los empleados para accidentes y lesiones" al final de cada turno de trabajo. Este formulario se utiliza para verificar si algún accidente o lesión en el lugar de trabajo tuvo lugar ese día. Esta práctica promueve el lugar de trabajo más seguro posible para nuestros empleados y nos permite responder de manera rápida y eficaz a cualquier peligro, accidente o lesión en el lugar de trabajo.

Después de cada turno de trabajo, antes de salir del lugar de trabajo, cada empleado debe firmar el formulario "Registro Diario de Seguridad Ocupacional del Empleado para Accidentes y Lesiones". El empleado debe firmar el lado izquierdo, lo que indica que el empleado no tuvo un accidente o sufrió una lesión conocida en el trabajo ese día, o firmar el lado derecho del documento que indica que el empleado se lesionó mientras estaba en el trabajo o se dio cuenta ese día de que sufrió una lesión relacionada con el trabajo. Los empleados que están involucrados en accidentes o accidentes de testigos deben firmar la sección aplicable en el lado derecho del registro diario.

Si un empleado estuvo involucrado en un accidente, es testigo de un accidente o sufre una lesión en el trabajo, debe discutirlo con el Capataz/Supervisor a cargo y cooperar con el proceso de investigación del accidente. El capataz y los supervisores no deben interferir ni intentar desalentar la presentación de informes bajo esta política.

Se espera que los empleados cooperen con las investigaciones de accidentes y lesiones. En la medida en que un empleado se niegue a firmar el "Registro Diario de Seguridad Ocupacional para Lesiones del Empleado" o no proporcione información precisa relacionada con el proceso de la Compañía para identificar peligros en el lugar de trabajo o investigar accidentes o lesiones, el empleado estará sujeto a ser sancionado.

En caso de que el empleado tenga alguna situación en la que no esté seguro si debe firmar el formulario de una manera u otra, debe discutir su preocupación con el Capataz/Supervisor a cargo y proporcionar aviso de posibles peligros en el lugar de trabajo o incidentes observados durante el turno, independientemente de si el empleado reporta una lesión o enfermedad en ese momento. El capataz/Supervisor determinará qué investigación debe llevarse a cabo, en su caso, en base a la información proporcionada por el empleado. No es aceptable negarse a firmar el documento de ida u otra. El Capataz/Supervisor no desalentará ni disciplinará a ningún empleado de reportar una enfermedad o una lesión.

Los accidentes involucran un evento(s) específico(s). Las lesiones laborales no son causadas por un accidente específico y generalmente ocurren durante períodos más largos de tiempo y/o exposición. En cualquiera de las dos situaciones, el empleado debe reportar su lesión o enfermedad al capataz/Supervisor a cargo tan pronto como sea razonablemente posible al tener conocimiento de ello.

Los objetivos significativos de esta política incluyen, pero no se limitan a, la identificación inmediata de riesgos en el lugar de trabajo, accidentes y lesiones para proporcionar tratamiento médico inmediato a la persona / o , llevar a cabo una investigación inmediata de accidentes para determinar la "causa de raíz/ s" para el accidente o lesión, tomar medidas correctivas para prevenir accidentes o lesiones adicionales en el trabajo, y para proteger aún más a la Compañía mediante la documentación de la escena del accidente, y para preservar cualquier evidencia necesaria para proteger a la empresa y preservar sus derechos.

He tenido tiempo adecuado durante las horas de trabajo pagadas para revisar la póliza de la Compañía con respecto a los informes inmediatos de accidentes/lesiones y el formulario "Registro Diario de Seguridad Ocupacional del Empleado para Accidentes y Lesiones". Entiendo la póliza y su propósito y no tengo

preguntas en este momento. Reconozco que tengo y/o puedo hacer a la Compañía sobre cualquier pregunta que pueda tener en el futuro. Entiendo que no seré sancionado por reportar una lesión o enfermedad a la Compañía de conformidad con esta póliza y que ningún Capataz o Supervisor a cargo puede desalentarme de reportar una lesión o enfermedad.

---

Nombre del Empleado

---

Fecha

---

Firma del Empleado