**introducci****ón**

**Descargo de Responsabilidad**

*Esta referencia no es un documento legal, únicamente tiene como propósito servir como material educativo. Cada productor lechero es responsable de establecer y cumplir con todos los requerimientos y regulaciones de las leyes locales, estatales y federales. La Federación Nacional de Productores de Leche y el Programa Nacional Lechero FARM no se hacen responsables del contenido en esta plantilla, y en ninguna circunstancia nos hacemos responsables de alguna pérdida o daño que tenga usted por utilizar la plantilla o bien, apoyarse en la información proporcionada. Una vez descargadas la plantilla por una organización o individuo, dichas plantilla y su contenido se convierten en propiedad y responsabilidad exclusivas de la organización o individuo.*

**Instrucciones:**

Este formulario puede utilizarse para llevar el control de las lesiones, incluso de las lesiones leves, así como también de los casi accidentes. Este formulario NO reemplaza los formularios del Primer Reporte de Lesión requerido para los accidentes en el lugar de trabajo o cualquier otro registro o reporte legal de lesión o enfermedad. Documentar las lesiones y los casi accidentes ayuda a identificar tendencias; sin embargo, los documentos pueden ser reveladores durante una demanda. Trabaje junto con un abogado titulado o asesor de seguridad para entender la mejor manera de llevar la documentación en su operación.

La siguiente plantilla debe ser adaptada por la granja individual para adaptarse mejor a las necesidades de la operación.

**Seguridad del Empleado Formulario de Reporte de Incidentes**

**Instrucciones:** Los empleados deben utilizar este formulario para reportar todos los eventos de lesiones, enfermedades o “casi accidentes” relacionados con el trabajo (los cuales podrían haber causado una lesión o enfermedad) – sin importar que tan leve haya sido. Esto nos ayuda a identificar y corregir los peligros antes de que causen lesiones graves. Este formulario debe ser completado por los empleados tan pronto como sea posible y entregarse a un supervisor para tomar medidas posteriores.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Yo estoy reportando una/un que está relacionado con el trabajo: | | | □ lesión □ enfermedad □ casi accidente | | | | | |
| Nombre del Empleado: |  | | | Posición: | | |  | |
| Supervisor: | |  | | | | | | |
| Fecha de la lesión/casi accidente: | | |  | | Hora: | | | □ A.M. □ P.M. |
| ¿Dónde exactamente ocurrió? | | |  | | | | | |
| ¿Qué estaba haciendo en el momento del incidente/lesión? | | |  | | | | | |
| Describa claramente y en detalle que pasó/cómo se lesionó (si es necesario utilice la parte de atrás de la hoja): | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Parte(s) del cuerpo que se lesionó (sea específico – por ej., mano izquierda o pulgar derecho). Si fue un casi accidente, ¿qué parte del cuerpo pudo haberse lastimado? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| ¿Qué podría haberse hecho para prevenir esta lesión/casi accidente? | | |  | | | | | |
| Describa los primeros auxilios que recibió en el lugar donde se lesionó: | | |  | | | | | |
| ¿Visitó a un doctor debido a la lesión/enfermedad? | | | □ Sí □ No | | | | | |
| ¿A quién le reportó el incidente/lesión? | | |  | | | | | |
| ¿Cuándo reportó usted el incidente/lesión?, (proporcione la fecha y hora): | | |  | | | | | |
| Nombre a todos los testigos (si hay alguno): | | |  | | | | | |
| Firma del Empleado: | |  | | Fecha: | |  | | |