



INSTRUCTIVO OPERATIVO PARA EL REGISTRO,  
CONTROL Y CALIFICACIÓN DE ACCIDENTES DE  
TRABAJO

Vigente a partir de

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Jefatura de Relaciones Laborales y  
Servicios al Personal.  
Presente.

ANEXO I ITL-1  
INFORME DE TRABAJADOR(A) LESIONADO(A)

Empresa: \_\_\_\_\_

Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_ Clave: \_\_\_\_\_

Nombre del trabajador(a): \_\_\_\_\_ Ficha: \_\_\_\_\_

Categoría: \_\_\_\_\_ Reg. Cont. \_\_\_\_\_

Categoría de ascenso: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

Fecha y hora en que se lesionó: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a las \_\_\_\_ : \_\_\_\_ hrs

Departamento de adscripción: \_\_\_\_\_

Ext. / Teléfono \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Departamento o área en donde se lesionó: \_\_\_\_\_

Relato de la forma en que ocurrió la lesión:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Nombre, ficha y firma del  
trabajador(a) lesionado(a)

Nombre, ficha y firma del testigo

Fecha y hora en que se  
llena el documento

Original.- Departamento de Relaciones Laborales y Servicios al Personal.

Cc.- Departamento de adscripción del trabajador lesionado

Departamento de Seguridad.

El presente formato deberá de llenarse inmediatamente después de haber ocurrido el evento

Campo de llenado exclusivo para la Jefatura de Relaciones Laborales y Servicios al Personal o como se le denominé

Número del accidente: \_\_\_\_\_ / Cve. Org. \_\_\_\_\_ / Cve. CT \_\_\_\_\_ / Número Consecutivo. \_\_\_\_\_