

ANEXO 1

REGISTRO DE PRIMEROS AUXILIOS

Código: _____

Fecha: _____ Hora del suceso: _____

Accidentado: _____

Edad: _____ Puesto de trabajo: _____

Sección: _____

Testigos presentes en el accidente: _____

Actuación de los testigos: _____

Socorrista: _____

Actuación del socorrista: _____

Forma en que protegió: _____

Se estaba fuera de peligro: Sí NO

Tiempo transcurrido entre el accidente y el aviso: _____

Servicio especializado al que se avisó: _____

Tiempo transcurrido hasta que llegó la asistencia: _____

Forma de socorrer: _____

Descripción de la lesión: _____

Requiere control posterior: Sí NO

Asistencia: Botiquín Mutua Hospital Ambulancia Bomberos Otros

Fecha: _____

Firma: El socorrista