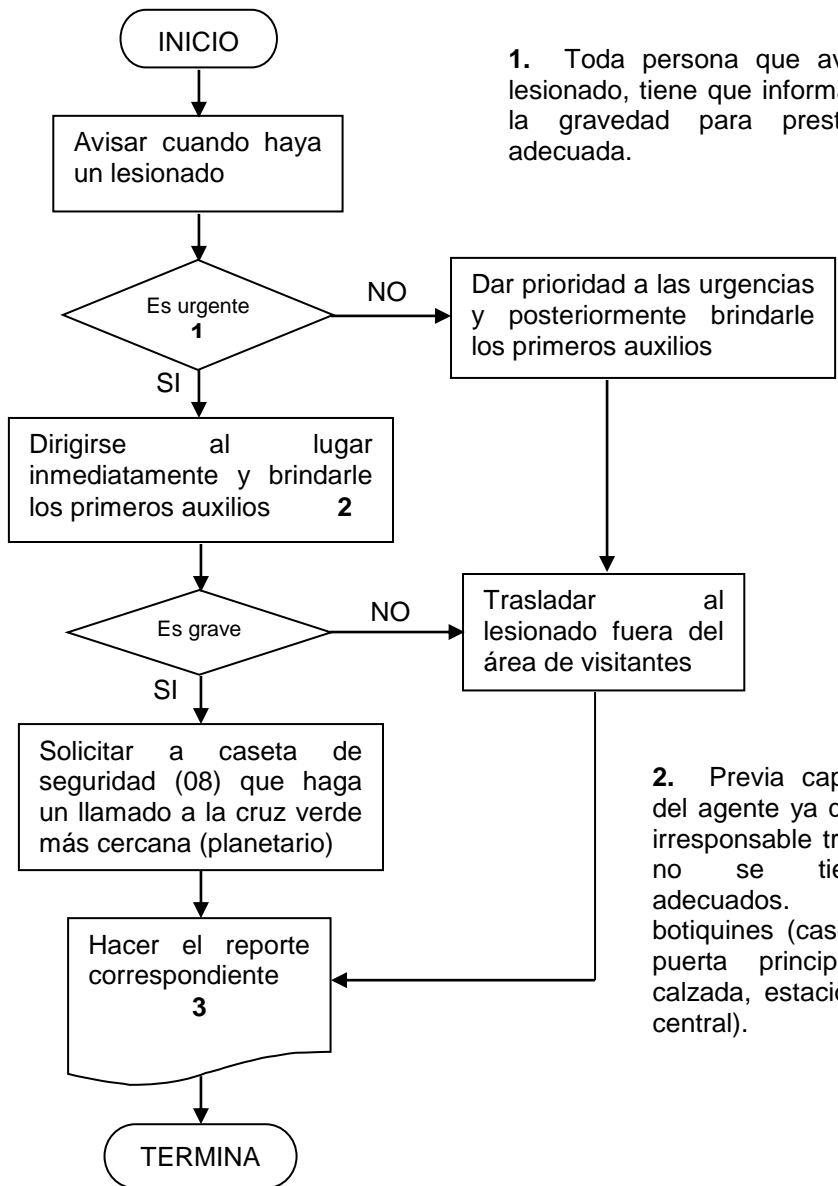


AA-SEG-016 ATENCION A LESIONADOS

Denominación: **ATENCION A LESIONADOS**  
 Código: **AA-SEG-016**  
 Grado de Seguridad: **BAJO**

**Relación y dependencia**  
 Área: **ADMINISTRATIVO**  
 Departamento: **SEGURIDAD Y PROTECCIÓN**  
 Jefe inmediato: **JEFE DE SEGURIDAD Y/O ENCARGADO DE TURNO**

**PASOS A SEGUIR PARA LA AYUDA A PERSONAS LESIONADAS O CON PROBLEMAS DE SALUD**



1. Toda persona que avise sobre algún lesionado, tiene que informar la situación de la gravedad para prestar la atención adecuada.

2. Previa capacitación comprobada del agente ya que es una actitud muy irresponsable tratar de ayudar cuando no se tienen conocimientos adecuados. Ubicación de los botiquines (caseta de seguridad (08), puerta principal, barranca, puerta calzada, estación del tren no 1, área central).

Elaboración:	Revisión:	Aprobación:
Nombre y fecha	Nombre y fecha	Nombre y fecha

Zoológico Guadalajara	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
-----------------------	--------------------------

**AA-SEG-016 ATENCION A LESIONADOS**

Denominación: <b>ATENCION A LESIONADOS</b> Código: <b>AA-SEG-016</b> Grado de Seguridad: <b>BAJO</b>	<b>Relación y dependencia</b> Área: <b>ADMINISTRATIVO</b> Departamento: <b>SEGURIDAD Y PROTECCIÓN</b> Jefe inmediato: <b>JEFE DE SEGURIDAD Y/O ENCARGADO DE TURNO</b>
--	--

**PASOS A SEGUIR PARA LA AYUDA A PERSONAS LESIONADAS O CON PROBLEMAS DE SALUD**

**3.**

Zoológico Guadalajara



**REPORTE DE ACCIDENTE CON LESIÓN**

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOMBRE DEL LESIONADO: \_\_\_\_\_

VISITANTE (  )      PROVEEDOR (  )      EMPLEADO (  )      OTROS (  )

LUGAR DEL INCIDENTE: \_\_\_\_\_

**¿DESCRIBA LA ACTIVIDAD DE LA PERSONA CUANDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN:**

\_\_\_\_\_

RECIBIÓ PRIMEROS AUXILIOS EL LESIONADO?    SI (  )      NO (  )

PORQUE? \_\_\_\_\_

NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LOS PRIMEROS AUXILIOS: \_\_\_\_\_

EL ACCIDENTADO FUE ENVIADO AL:    IMSS (  )    PARTICULAR (  )    OTRO: \_\_\_\_\_

**CAUSAS DEL ACCIDENTE**

DESCRIBA LAS CAUSAS DEL ACCIDENTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PLAN SUGERIDO PARA CORREGIR LA (S) CAUSA (S) QUE ORIGINARON EL ACCIDENTE?**

\_\_\_\_\_

RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN LEVANTA EL INFORME

Elaboración:  Nombre y fecha	Revisión:  Nombre y fecha	Aprobación:  Nombre y fecha
------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------