



AVISO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

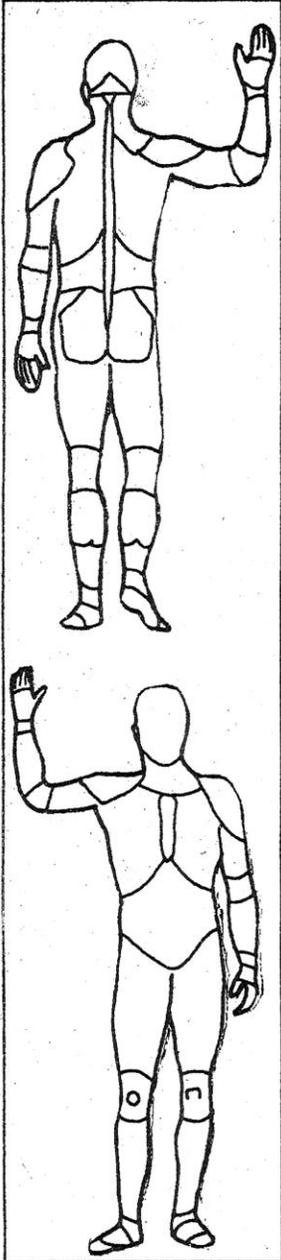
(Ver instrucciones al reverso)

Llene todos los campos excepto los sombreados

| | | |
|------|------|------|
| Día: | Mes: | Año: |
|------|------|------|

| | | |
|---------------------|-----------|--------|
| Oficina que Reporta | Municipio | Depto. |
|---------------------|-----------|--------|

Marque con "X" el sitio de la lesión en la figura que corresponda



DATOS DE LA EMPRESA O PATRONO

| | |
|-----------------------|------------------|
| Nombre del Patrono: | Número Patronal: |
| Actividad Económica: | |
| Dirección y Teléfono: | Teléfono: |
| Municipio: | Departamento: |

DATOS DEL TRABAJADOR

| | |
|----------------------------------|--------------------------|
| Nombre del Trabajador Lesionado: | Número del Afiliación: |
| | Ocupación en la Empresa: |
| Dirección y Teléfono: | SEXO |
| | M |
| Municipio: | Departamento: |
| | F |

DATOS DEL ACCIDENTE

| | |
|---|---|
| Dirección exacta donde ocurrió el accidente | Departamento: |
| | Municipio: |
| | ¿Ocurrió dentro de la empresa? |
| | SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Descripción completa del accidente: | |
| | |
| | |
| Tipo de lesión (Ver reverso) | Agente que lo produjo: |
| | |
| Tipo de accidente | Fecha en que ocurrió: |
| Región afectada | Hora en que ocurrió: |
| | AM <input type="checkbox"/> |
| | PM <input type="checkbox"/> |
| Correlativo | |

Firma y sello patronales

INSTRUCCIONES

DATOS DE LA EMPRESA O PATRONO

- El nombre de la empresa o patrono, número patronal y actividad económica, debe tomarse de la tarjeta patronal.
- La dirección de la empresa, debe ser exacta e incluir municipio, departamento y número de teléfono.

DATOS DEL TRABAJADOR

- El nombre del trabajador y número de afiliación, se tomarán de su tarjeta de afiliación.
- La ocupación del trabajador, será el trabajo que desempeñe en la empresa.
- El sexo deberá marcarse con una "X".

DATOS DEL ACCIDENTE

- Anotar la dirección exacta donde ocurrió el accidente detallando: Departamento y Municipio.
- Describir en forma clara, completa y precisa como ocurrió el accidente.
- El tipo de lesión será según el diagnóstico del médico o de acuerdo con el listado que se detalla en esta hoja.
- En el campo "Agente que lo produjo", anotar el nombre de la máquina, vehículo, objeto o sustancia que se relacionó estrechamente con el accidente.
- Detallar día, mes año y hora en que ocurrió el accidente, en los espacios correspondientes.

TIPOS DE LESION

- 01 AMPUTACIONES (Pérdida de un miembro del cuerpo)
- 02 ASFIXIA (Ahogo para la respiración)
- 03 CONTUSIONES: Golpes sin herida externa y abrasiones (raspones)
- 04 CORTADURAS (Heridas con instrumento con filo)
- 05 DESGARRADURAS (desgarros, arrancamientos)
- 06 CONMOCION CEREBRAL (Trepidación de la cabeza con pérdida momentánea del conocimiento)
- 07 CUERPOS EXTRAÑOS EN LOS OJOS (basuras, arenillas, astillas)
- 08 ASTILLAS Y CUERPOS EXTRAÑOS (espinas rebabas, agujas incrustadas en la piel)
- 09 CHOQUE ELÉCTRICO (golpe de corriente eléctrica)
- 10 LUXACIONES (zafaduras)
- 11 ENVENENAMIENTO (venenos, intoxicaciones)
- 12 FRACTURAS (quebradura de huesos)
- 13 HERNIAS (salida de la víscera fuera de la cavidad abdominal sin herida superficial)
- 14 PUNTURAS (herida con instrumento Clavo, aguja, lezna punzón, etc.)
- 15 QUEMADURAS y ESCALDADURAS (Ilaga o señal del agua hirviendo, etc.)
- 16 QUEMADURAS POR SUSTANCIAS QUIMICAS (producidas por ácidos, soda cáustica, etc.)
- 17 TORCEDURAS O ESGUINCES (doblones de coyunturas)
- 18 OTRAS LESIONES