

Primera Atención (emergencia)

 Continuación de Tratamiento

 No desolicitud de Atención médica

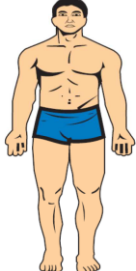

Nombre o razón social		RUC		Dirección	
Distrito	Provincia	Departamento	Teléfono	Fax	

Información del trabajador accidentado

Apellidos y nombres		Fecha de nacimiento	DNI	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Domicilio		Teléfono	Cargo	Área de trabajo	

Detalle del accidente

Causa del accidente		Lugar del accidente			
Acto inseguro <input type="checkbox"/> Condición insegura <input type="checkbox"/>					
En labor habitual Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Horas extras <input type="checkbox"/>		Fecha del accidente		Hora	
Cómo ocurrió el accidente:			Fuente o causa de lesión		
			Calor <input type="checkbox"/> Químicos <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/>		
			Metales <input type="checkbox"/> Eléctricos <input type="checkbox"/> Herramienta manual <input type="checkbox"/>		
			Vidrio <input type="checkbox"/> Escaleras <input type="checkbox"/>		
			Otros: <input type="checkbox"/>		
Tipo de accidente			Lesión o daño referido		
Golpes <input type="checkbox"/> Caídas <input type="checkbox"/> Intoxicación <input type="checkbox"/> Sobre esfuerzo <input type="checkbox"/>			Amputación <input type="checkbox"/> Pérdida de visión <input type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/>		
Cortes <input type="checkbox"/> Quemaduras <input type="checkbox"/> Atrapamientos <input type="checkbox"/> Atropellamientos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			Quemadura <input type="checkbox"/> Electrocuación <input type="checkbox"/> Luxación <input type="checkbox"/>		
			Raspadura <input type="checkbox"/> Lesiones múltiples <input type="checkbox"/> Contusión <input type="checkbox"/>		
			Laceración <input type="checkbox"/> Envenenamiento <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/>		
			Otros: <input type="checkbox"/>		

Partes del cuerpo afectadas		 	
Dedos <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Pie <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Pierna <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
Apellidos y nombres del reportante			
Cargo			
Firma del reportante			
Firma y sello del empleador			

Para ser llenado por el médico tratante

Nombre del centro asistencial		RUC		Fecha de atención	
Nombre del médico tratante		DNI	CMP	Teléfono	
Diagnóstico(s)					CIE 10
Atención Hospitalización <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Hospitalización Servicio Cuarto <input type="checkbox"/> Intervención quirúrgica Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Indicación médica y/o procedimiento realizado					
Interconsultas					
Fecha	Especialidad	Procedimiento			
Requiere medicina física o rehabilitación Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Número de sesiones	Tipo de terapia		Tiempo
Requiere tratamiento quirúrgico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Especificar			
Requiere aparatos ortopédicos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Especificar			
Pronóstico Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo Incapacidad temporal Incapacidad permanente <input type="checkbox"/>					Tiempo de tratamiento
Necesita ser trasladado a otro centro asistencial Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Especificar		Firma y sello del médico tratante

Esta ficha debe ser llenada total y correctamente, con letra legible (imprenta) en todas sus secciones por los responsables respectivos

PARA EL EMPLEADOR

ORIGINAL BLANCO

Primera Atención (emergencia)

 Continuación de Tratamiento

 No desolicitud de Atención médica
Información de la empresa

Nombre o razón social		RUC	Dirección	
Distrito	Provincia	Departamento	Teléfono	Fax

Información del trabajador accidentado

Apellidos y nombres		Fecha de nacimiento	DNI	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Domicilio		Teléfono	Cargo	Área de trabajo	



Detalle del accidente

Causa del accidente	Lugar del accidente
Acto inseguro <input type="checkbox"/> Condición insegura <input type="checkbox"/>	

En labor habitual	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Horas extras <input type="checkbox"/>	Fecha del accidente	Hora
-------------------	---	---------------------------------------	---------------------	------

Cómo ocurrió el accidente:	Fuente o causa de lesión
	Calor <input type="checkbox"/> Químicos <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Metales <input type="checkbox"/> Eléctricos <input type="checkbox"/> Herramienta manual <input type="checkbox"/> Vidrio <input type="checkbox"/> Escaleras <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/>

Tipo de accidente	Lesión o daño referido
	Amputación <input type="checkbox"/> Pérdida de visión <input type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/> Quemadura <input type="checkbox"/> Electrocuación <input type="checkbox"/> Luxación <input type="checkbox"/> Raspadura <input type="checkbox"/> Lesiones múltiples <input type="checkbox"/> Contusión <input type="checkbox"/> Laceración <input type="checkbox"/> Envenenamiento <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/>

Partes del cuerpo afectadas	 
Dedos <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Pie <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Pierna <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	

Apellidos y nombres del reportante	
Cargo	
Firma del reportante	
	Firma y sello del empleador

Para ser llenado por el médico tratante

Nombre del centro asistencial	RUC	Fecha de atención
-------------------------------	-----	-------------------

Nombre del médico tratante	DNI	CMP	Teléfono
----------------------------	-----	-----	----------

Diagnóstico(s)	CIE 10
Atención Hospitalización <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Observación <input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/>	

Hospitalización Servicio	Cuarto <input type="checkbox"/>	Intervención quirúrgica Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--------------------------	---------------------------------	---

Indicación médica y/o procedimiento realizado

Interconsultas

Fecha	Especialidad	Procedimiento
-------	--------------	---------------

Requiere medicina física o rehabilitación Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de sesiones	Tipo de terapia	Tiempo
---	--------------------	-----------------	--------

Requiere tratamiento quirúrgico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especificar
---	-------------

Requiere aparatos ortopédicos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especificar
---	-------------

Pronóstico Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo	Incapacidad temporal	Incapacidad permanente <input type="checkbox"/>	Tiempo de tratamiento
---	----------------------	---	-----------------------

Necesita ser trasladado a otro centro asistencial Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especificar	Firma y sello del médico tratante
---	-------------	-----------------------------------

Esta ficha debe ser llenada total y correctamente, con letra legible (imprenta) en todas sus secciones por los responsables respectivos