

## SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA SCTR

PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA (campos obligatorios)

PRIMERA ATENCIÓN  | CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO

EMPRESA

RUC

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO

### 1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS

FECHA DE NACIMIENTO

DNI

M | F

SEXO EDAD

CARGO O PUESTO DE TRABAJO DEL PACIENTE

### 2. DETALLE DEL ACCIDENTE O DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

LUGAR DE OCURRENCIA FUERA DE LAS INSTALACIONES  | DENTRO LAS INSTALACIONES

LUGAR DE OCURRENCIA

FECHA DE ACCIDENTE AM  PM

SÍ  NO  HORAS EXTRAS   
EN LA LABOR HABITUAL

### 3. TIPO DE ACCIDENTE

GOLPES  | CORTES  | CAÍDAS  | CONTACTO

QUEMADURA  | INTOXICACIÓN  | ATRAPAMIENTOS  | CHOQUES

SOBRE ESFUERZO  | ATROPELLO  | EXPOSICIÓN  | EVENTOS

OTROS:

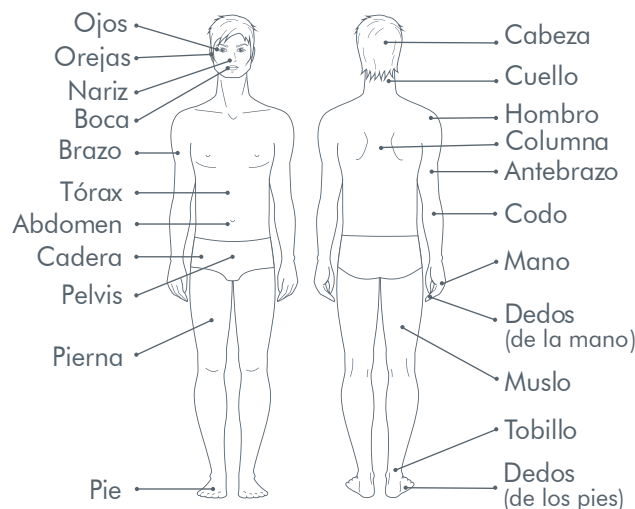
### 4. FUENTE O CAUSA DE LA LESIÓN

CALOR  | MADERA  | ELÉCTRICOS  | VIDRIO

QUÍMICOS  | METALES  | HERRAMIENTA MANUAL  | ESCALERAS

OTROS:

### 5. PARTES DEL CUERPO AFECTADAS (marcar con un círculo)



### 6. LESIÓN O DAÑO SUFRIDO

AMPUTACIÓN  | QUEMADURAS  | RASPADURAS  | FRACTURA

CONTUSIÓN  | LACERACIÓN  | LESIONES MÚLTIPLES  | LUXACIÓN

PINCHAZO  | ELECTROCUCIÓN  | OTROS:

Copia Paciente

## 7. DESCRIBIR CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE

Declaro bajo juramento que todas las respuestas e información que he proporcionado en la presente declaración son verdaderas y exactas. Asimismo certificamos que el trabajador para el cual se solicita la

atención medica pertenece a nuestra empresa y tiene derecho a las atenciones del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo para Prestaciones de Salud que hemos contratado con La Positiva S.A Entidad Prestadora de Salud.

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello de la Empresa

### PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE (campos obligatorios)

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD		FECHA DE LA ATENCIÓN
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE		CMP
Diagnóstico		CIE 10
1.	3.	
2.	4.	

### INDICACIÓN MÉDICA Y/O PRECEDIMIENTO REALIZADO

ATENCIÓN	<input type="checkbox"/>	HOSPITALIZACIÓN	<input type="checkbox"/>	AMBULATORIO	<input type="checkbox"/>	ALTA	<input type="checkbox"/>
OBSERVACIÓN	<input type="checkbox"/>	REFERENCIA	<input type="checkbox"/>	MUERTE	<input type="checkbox"/>		

Quien firma y suscribe certifica la autenticidad de los datos del presente formulario en general y, especialmente, en los siguientes tópicos: veracidad del diagnóstico/correspondencia entre el diagnóstico y prescripción.

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Tratante

2/4

Copia Paciente

## SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA SCTR

PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA (campos obligatorios)

PRIMERA ATENCIÓN  | CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO

EMPRESA

RUC

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO

### 1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS

FECHA DE NACIMIENTO

DNI

M | F

SEXO EDAD

CARGO O PUESTO DE TRABAJO DEL PACIENTE

### 2. DETALLE DEL ACCIDENTE O DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

FUERA DE LAS INSTALACIONES  | DENTRO LAS INSTALACIONES

LUGAR DE OCURRENCIA

FECHA DE ACCIDENTE AM  PM

SÍ  NO  HORAS EXTRAS   
EN LA LABOR HABITUAL

### 3. TIPO DE ACCIDENTE

GOLPES  | CORTES  | CAÍDAS  | CONTACTO

QUEMADURA  | INTOXICACIÓN  | ATRAPAMIENTOS  | CHOQUES

SOBRE ESFUERZO  | ATROPELLO  | EXPOSICIÓN  | EVENTOS

OTROS:

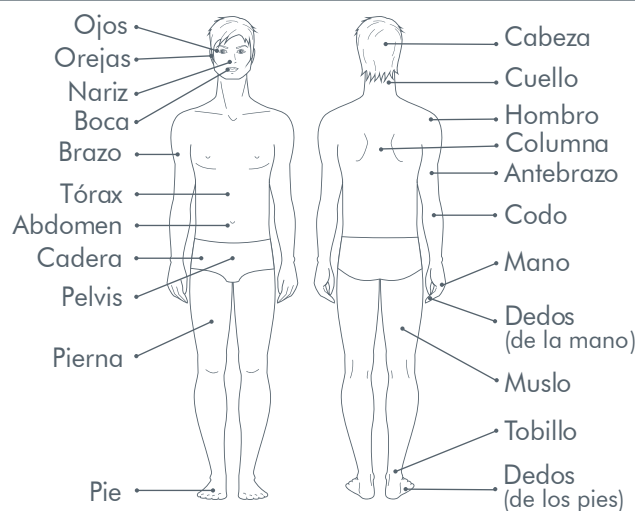
### 4. FUENTE O CAUSA DE LA LESIÓN

CALOR  | MADERA  | ELÉCTRICOS  | VIDRIO

QUÍMICOS  | METALES  | HERRAMIENTA MANUAL  | ESCALERAS

OTROS:

### 5. PARTES DEL CUERPO AFECTADAS (marcar con un círculo)



### 6. LESIÓN O DAÑO SUFRIDO

AMPUTACIÓN  | QUEMADURAS  | RASPADURAS  | FRACTURA

CONTUSIÓN  | LACERACIÓN  | LESIONES MÚLTIPLES  | LUXACIÓN

PINCHAZO  | ELECTROCUCIÓN  | OTROS:

Copia Clínica

## 7. DESCRIBIR CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE

Declaro bajo juramento que todas las respuestas e información que he proporcionado en la presente declaración son verdaderas y exactas. Asimismo certificamos que el trabajador para el cual se solicita la

atención medica pertenece a nuestra empresa y tiene derecho a las atenciones del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo para Prestaciones de Salud que hemos contratado con La Positiva S.A Entidad Prestadora de Salud.

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello de la Empresa

### PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE (campos obligatorios)

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD		FECHA DE LA ATENCIÓN
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE		CMP
Diagnóstico		CIE 10
1.	3.	
2.	4.	

### INDICACIÓN MÉDICA Y/O PROCEDIMIENTO REALIZADO

ATENCIÓN	<input type="checkbox"/>	HOSPITALIZACIÓN	<input type="checkbox"/>	AMBULATORIO	<input type="checkbox"/>	ALTA	<input type="checkbox"/>
OBSERVACIÓN	<input type="checkbox"/>	REFERENCIA	<input type="checkbox"/>	MUERTE	<input type="checkbox"/>		

Quien firma y suscribe certifica la autenticidad de los datos del presente formulario en general y especialmente, en los siguientes tópicos: veracidad del diagnóstico/correspondencia entre el diagnóstico y prescripción.

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Tratante

4/4

Copia Clínica