

Primera Atención (emergencia) 

 Continuación de Tratamiento 

 No desolicitud de Atención médica 

Nombre o razón social		RUC		Dirección	
Distrito	Provincia	Departamento	Teléfono	Fax	

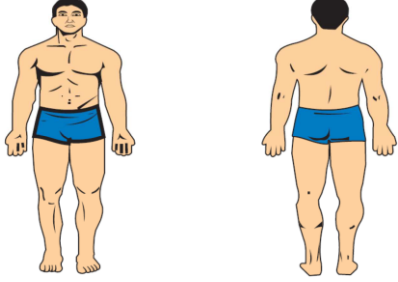
**Información del trabajador accidentado**

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"/>	Quemadura <input type="checkbox"/>	Electrocución <input type="checkbox"/>	Luxación <input type="checkbox"/>
			Otros <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"/>		
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		Firma y sello del empleador <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>		
Cargo				
Firma del reportante				

**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					Intervención quirúrgica
Hospitalización <input type="checkbox"/>		Ambulatorio <input type="checkbox"/>		Cuarto <input type="checkbox"/>	
Observación <input type="checkbox"/>		Referencia <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Alta <input type="checkbox"/>		Muerte <input type="checkbox"/>			
Indicación médica y/o procedimiento realizado					
Interconsultas					
Fecha	Especialidad	Procedimiento			
Requiere medicina física o rehabilitación		Número de sesiones	Tipo de terapia		Tiempo
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Requiere tratamiento quirúrgico		Especificar			
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Requiere aparatos ortopédicos		Especificar			
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Pronóstico					Tiempo de tratamiento
Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo		Incapacidad temporal		Incapacidad permanente <input type="checkbox"/>	
Necesita ser trasladado a otro centro asistencial			Especificar		
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			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**

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**

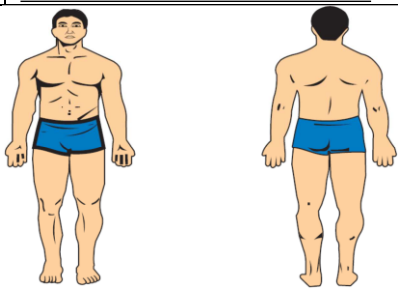
Causa del accidente	Lugar del accidente
Acto inseguro <input type="checkbox"/> Condición insegura <input type="checkbox"/>	

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	

**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
	Observación <input type="checkbox"/>	Referencia <input type="checkbox"/>	Muerte <input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Indicación médica y/o procedimiento realizado
---

Interconsultas
----------------

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

Requiere medicina física o rehabilitación	Número de sesiones	Tipo de terapia	Tiempo
---	--------------------	-----------------	--------

Requiere tratamiento quirúrgico	Especificar
---------------------------------	-------------

Requiere aparatos ortopédicos	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	Especificar	Firma y sello del médico tratante
---	-------------	-----------------------------------

Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
---	--

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