

Primera Atención (emergencia)

Continuación de Tratamiento

No de solicitud 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**

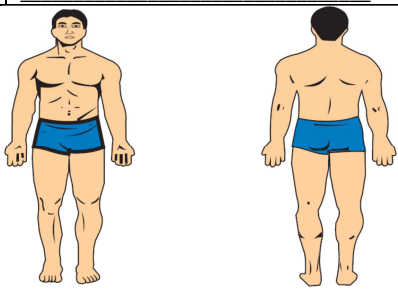
Causa del accidente	Lugar del accidente
Acto inseguro <input type="checkbox"/> Condición insegura <input type="checkbox"/>	

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"/>	

Lesión o daño referido	
Amputación <input type="checkbox"/> Pérdida de visión <input type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/>	
Quemadura <input type="checkbox"/> Electrocutión <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 <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/>	Intervención quirúrgica    Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Observación <input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Muerte <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 <input type="checkbox"/>	Incapacidad temporal <input type="checkbox"/> 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 (impresa) en todas sus secciones por los responsables respectivos**

Primera Atención (emergencia)

Continuación de Tratamiento

No de solicitud 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"/>	

Lesión o daño referido	
Amputación <input type="checkbox"/> Pérdida de visión <input type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/>	
Quemadura <input type="checkbox"/> Electrocutión <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 <input type="checkbox"/> 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	Especificar
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

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

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

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 (impresa) en todas sus secciones por los responsables respectivos**