

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

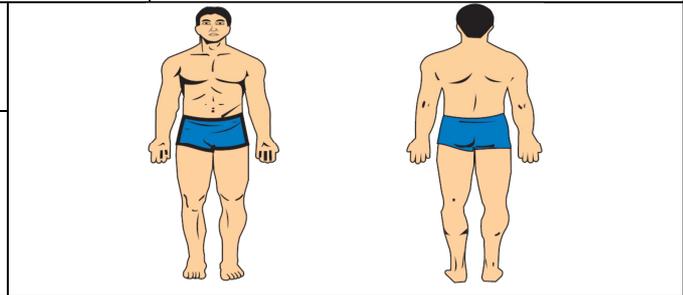
Causa del accidente	Lugar del accidente
Acto inseguro <input type="checkbox"/> Condición insegura <input type="checkbox"/>	

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"/>

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"/> 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"/>
Golpes <input type="checkbox"/> Caídas <input type="checkbox"/> Intoxicación <input type="checkbox"/> Sobre esfuerzo <input type="checkbox"/> Cortes <input type="checkbox"/> Quemaduras <input type="checkbox"/> Atrapamientos <input type="checkbox"/> Atropellamientos <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	Firma y sello del empleador
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"/> 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		Tiempo
Requiere tratamiento quirúrgico		
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Requiere aparatos ortopédicos		
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

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

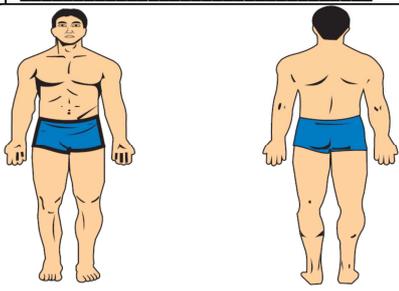
Causa del accidente	Lugar del accidente
Acto inseguro <input type="checkbox"/> Condición insegura <input type="checkbox"/>	

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		Número de sesiones
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tipo de terapia
Requiere tratamiento quirúrgico		Tiempo
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Requiere aparatos ortopédicos		
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