

N° 002

DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR

Antes de registrar los datos lea las instrucciones al reverso

FISCAL O
MUNICIPAL = 1
PARTICULAR = 2

A. INDIVIDUALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

Universidad de Chile Santiago Ñuñoa
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO CIUDAD COMUNA2° Antropología Diurno
CURSO HORARIOFECHA REGISTRO de los DATOS
11 04 2018
DIA MES AÑOL SCOTT GARRIDO VALENTINA ISIDORA
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
SEXO M = 1 F = 2
AÑO NACIMIENTO 1998 EDAD 19

RESIDENCIA HABITUAL:

56TO ALDEA 1342 SANTIAGO SANTIAGO
CALLE NUMERO POBLACION/VILLA COMUNA CIUDAD
CODIF.COM.

C. INFORME SOBRE EL ACCIDENTE (FECHA, HORA Y DIA DE LA SEMANA EN QUE SE ACCIDENTO)

HORA MIN. AÑO MES DIA
1 20 5 2018 0 4 1 1

TESTIGOS: (EN CASO DE TRAYECTO)

DIA ACCIDENTE
LUNES = 1
MARTES = 2
MIÉRCOLES = 3
JUEVES = 4
VIERNES = 5
SABADO = 6
DOMINGO = 7

ACCIDENTE:

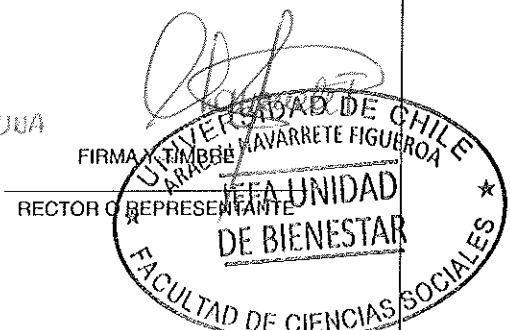
DE TRAYECTO = 1

EN LA ESCUELA = 2

a) NOMBRE - APELLIDO C. NAC. DE ID.

b) NOMBRE - APELLIDO C. NAC. DE ID.

CIRCUNSTANCIA DEL ACCIDENTE (DESCRIBA COMO OCURRIO - CAUSAL)

LLEGANDO DESDE SU CASA, ENTRO' AL CAMPUS
J.G.M., EN BACHILLERATO CAMBIANDO PISO' SOBRE UNA
HENDIDURA (ORIFICIO EN SUELO) Y AL HONDIRSE EL PIE,
LA RODILLA HIZO FUERZA Y SENTIO UN DOLOR MUY
FUERTE EN ELLA. LE SIGUE DOLIENDO.

D. NATURALEZA Y CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE

ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL		CODIGO		S S ESTABLEC.	
DIAGNOSTICO MEDICO					
PARTE DEL CUERPO AFECTADA	HOSPITALIZACION SI = 1 NO = 2	TOTAL DIAS HOSP.	INCAPACIDAD SI = 1 NO = 2	TOTAL DIAS INCAPACIDAD	
TIPO DE INCAPACIDAD	CAUSA DE CIERRE DEL CASO	FECHA CIERRE DEL CASO			
LEVE = 1	ALTA MEDICA = 1	AÑO MES DIA			
TEMPORAL = 2	INVALIDEZ = 2				
INVALIDEZ PARCIAL = 3	ABANDONO DE = 3				
INVALIDEZ TOTAL = 4	TRATAMIENTO = 3				
GRAN INVALIDEZ = 5	MUERTE = 4				
MUERTE = 6					

FIRMA DEL ESTADISTICO