

N°

DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR

Antes de registrar los datos lea las instrucciones al reverso

A. INDIVIDUALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

Universidad de Chile Santiago Nuñon
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO CIUDAD COMUNA

FISCAL O
MUNICIPAL = 1 ☐ 1
PARTICULAR = 2 ☐

CURSO HORARIO
Quipgas Barrera Alethio
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

FECHA REGISTRO de los DATOS
22 08 2018
DIA MES AÑO

SEXO
M = 1 ☐ 2
F = 2 ☐ 1990 27
AÑO NACIMIENTO EDAD

RESIDENCIA HABITUAL:

Av. Macul 2470 Dpto 711, T. Cad. Macul 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
10 30 2018 08 2 2

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 ☐ 3
EN LA ESCUELA = 2 ☐ 2

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

CIRCUNSTANCIA DEL ACCIDENTE (DESCRIBA COMO OCURRIÓ - CAUSAL)

Caida en Baño de Aulario A.

SECRETARÍA
DE ESTUDIOS
FIRMA Y TIMBRE
RECTOR O REPRESENTANTE

D. NATURALEZA Y CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE

CODIGO S S ESTABLEC.
[] [] - [] [] []

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

FIRMA DEL ESTADISTICO