

Santiago, 01 de Septiembre 2018

CERTIFICADO N° 022

Sres.

Ministerio de Cultura, Artes y Patrimonio
Presente

De mi consideración:

Informo a usted, que la Srta. **Camila Belén Lizama Zamora** cédula de Identidad N°18.954.742-0, estudiante de la carrera de Sociología de la Universidad de Chile, ha planteado que realizará su práctica profesional en la institución antes mencionada. Dicha actividad es parte fundamental de su formación como Socióloga y está acreditada por esta casa de estudios dentro de su currículum. La estudiante figura matriculada para el año académico 2018, encontrándose protegida por el Seguro Contra Riesgos y Accidentes para Estudiantes, según lo dispuesto en la Ley N°16.744 Art. 3° Reglamento por D.S. N°313/72 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. La cobertura de este seguro está afecta a la duración de la práctica profesional y de las actividades curriculares que deba cumplir para obtener su Título Profesional.

Debido a esto, en la eventualidad de que ocurra un accidente desarrollando actividades relacionadas con sus estudios, se ha de llevar a la estudiante a un centro asistencial dependiente del Ministerio de Salud con el documento "Declaración Individual de Accidente Escolar".

Saluda atentamente,



ARACELI NAVARRETE FIGUEROA
Jefa Unidad de Bienestar
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile

ANF/pll

c.c: Archivo U. Bienestar E.



DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR

N°

Antes de registrar los datos lea las instrucciones al reverso

A. INDIVIDUALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

FISCAL O
MUNICIPAL = 1

PARTICULAR = 2

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

CIUDAD

COMUNA

CURSO

HORARIO

FECHA REGISTRO de los DATOS

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

SEXO

M = 1

F = 2

AÑO NACIMIENTO

EDAD

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

RESIDENCIA HABITUAL:

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

TESTIGOS: (EN CASO DE TRAYECTO)

DIA ACCIDENTE

LUNES = 1

MARTES = 2

MIERCOLES = 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)

FIRMA Y TIMBRE

RECTOR O REPRESENTANTE

D. NATURALEZA Y CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE

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

ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

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

LEVE = 1

TEMPORAL = 2

INVALIDEZ PARCIAL = 3

INVALIDEZ TOTAL = 4

GRAN INVALIDEZ = 5

MUERTE = 6

CAUSA DE CIERRE DEL CASO

ALTA MEDICA = 1

INVALIDEZ = 2

ABANDONO DE

TRATAMIENTO = 3

MUERTE = 4

FECHA CIERRE DEL CASO

AÑO MES DIA

FIRMA DEL ESTADISTICO