

N° 08

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

UDECHILE STGO.- NUNOA
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO CIUDAD COMUNA
IV AÑO DIUNNA
CURSO HORARIO
FECHA REGISTRO de los DATOS
04 12 2018
DIA MES AÑO

SCHNAKE DIAZ ELISA
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
SEXO
M = 1
F = 2
AÑO NACIMIENTO 1996
EDAD 22

RESIDENCIA HABITUAL:

ANTUPIMAN 9521 PENALLEN STGO.-
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 00 2018 12 04
TESTIGOS: (EN CASO DE TRAYECTO)
DIA ACCIDENTE ACCIDENTE:
LUNES = 1
MARTES = 2
MIÉRCOLES = 3
JUEVES = 4
VIERNES = 5
SABADO = 6
DOMINGO = 7
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)

ESTUDIANTE DURANTE SUS ACTIVIDADES ACADÉMICAS
DESABA Y CAG DE FRENTE QUEBRANDOSE
DOS DIENTES DELANTEROS -

FIRMA Y TIMBRE

RECTOR O REPRESENTANTE



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 TRATAMIENTO = 3			
INVALIDEZ TOTAL = 4		MUERTE = 4			
GRAN INVALIDEZ = 5					
MUERTE = 6					
FIRMA DEL ESTADISTICO					