



FACULTAD DE
**CIENCIAS
SOCIALES**
UNIVERSIDAD DE CHILE

Santiago, 29 de Noviembre de 2018

Señores
CODELCO
Presente

De mi consideración:

Informo a usted, que la Srta. **Paula Ricardi Becerra**, Cédula de Identidad N° 19187386-6, estudiante de la carrera de Psicología de la Universidad de Chile, está matriculada en la Facultad de Ciencias Sociales y ha planteado que realizará su práctica profesional en la Institución antes mencionada. Dicha actividad es parte fundamental de su formación como Psicóloga y está acreditada por esta casa de estudios dentro de su currículum, encontrándose la estudiante 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**.

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
Asistente Social 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 <table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO								
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SEXO M = 1 ☐ F = 2 ☐						
				AÑO NACIMIENTO EDAD						
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) a) NOMBRE - APELLIDO C. NAC. DE ID. b) NOMBRE - APELLIDO C. NAC. DE ID.
DIA ACCIDENTE LUNES = 1 MARTES = 2 MIERCOLES = 3 JUEVES = 4 VIERNES = 5 SABADO = 6 DOMINGO = 7		ACCIDENTE: DE TRAYECTO = 1 ☐ EN LA ESCUELA = 2 ☐			

CIRCUNSTANCIA DEL ACCIDENTE (DESCRIBA COMO OCURRIO - CAUSAL)

FIRMA Y TIMBRE
 RECTOR O REPRESENTANTE

D. NATURALEZA Y CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE

SOLO ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL	ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL		CODIGO - 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 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 <table border="1"> <tr> <td>AÑO</td> <td>MES</td> <td>DIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			AÑO	MES	DIA			
	AÑO	MES	DIA								
FIRMA DEL ESTADISTICO											