

Santiago, 04 de Marzo de 2019

Señores
Fundación Tierra Esperanza
Presente

De mi consideración:

Informo a usted, que la Srta. **Javiera Amanda Pérez Palma** Cédula de Identidad N°18666619-4, estudiante de la carrera de Psicología 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 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
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	AÑO NACIMIENTO
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	EDAD
		F = 2	

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

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				
TEMPORAL = 2	INVALIDEZ = 2				
INVALIDEZ PARCIAL = 3	ABANDONO DE				
INVALIDEZ TOTAL = 4	TRATAMIENTO = 3				
GRAN INVALIDEZ = 5	MUERTE = 4				
		AÑO MES DIA			