

Santiago, 04 de Marzo de 2019

Señores
Banco BCI
Presente

De mi consideración:

Informo a usted, que el Sr. **Manuel Ignacio Muñoz Contreras** Cédula de Identidad N°18990498-3, 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 Psicólogo y está acreditado por esta casa de estudios dentro de su currículum, encontrándose el estudiante protegido 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 al 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.

N°

DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR

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	EDAD
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	NOMBRES	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		ACCIDENTE:			
LUNES = 1		DE TRAYECTO = 1			
MARTES = 2		EN LA ESCUELA = 2			
MIERCOLES = 3					
JUEVES = 4					
VIERNES = 5					
SABADO = 6					
DOMINGO = 7					
		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		HOSPITALIZACION		TOTAL DIAS HOSP.		INCAPACIDAD
		SI = 1		SI = 1		SI = 1
		NO = 2		NO = 2		NO = 2
PARTE DEL CUERPO AFECTADA						
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