

DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR

N°

Antes de registrar los datos lea las instrucciones al reverso

A. INDIVIDUALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

Universidad de Chile Stgo Nuñoa
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO CIUDAD COMUNA
6° superior diurno
CURSO HORARIO

FECHA REGISTRO de los DATOS

01 07 2019
DIA MES AÑO

Avila Segura Camila
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
SEXO M = 1 F = 2 F AÑO NACIMIENTO 1993 EDAD 25

RESIDENCIA HABITUAL:

Los tintoreros 5947 Puente Alto 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
2019 07 01

TESTIGOS: (EN CASO DE TRAYECTO)

DIA ACCIDENTE
LUNES = 1
MARTES = 2
MIÉRCOLES = 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)

Se dirigia a su lugar de práctica ubicado
Departamental N° 440 en bicicleta. Pedaleando
normalmente y sobre la embestida de un
vehículo, cayendo al suelo, se golpea
espaldas y brazos.

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
JEFATURA DE UNIDAD DE BIENESTAR
FIRMA Y TIMBRE
RECTOR O REPRESENTANTE

D. NATURALEZA Y CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE

S O L O E S T A B L E C I M I E N T O A S I S T E N C I A L	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 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					