

Santiago, 22 de Julio de 2019

Señores
Oficina de Protección de Derechos
Dirección de Planificación
Ilustre Municipalidad de Paine

De mi consideración:

Informo a usted, que el Sr. **Andrés Eduardo Pineda Zamora**, Cédula de Identidad N° 19079499-7, 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 acreditada 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.

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		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 <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												