

Santiago, 19 de Julio de 2019

Señores
CODELCO

De mi consideración:

Informo a usted, que la Srta. **Macarena Anaiz Santander**, Cédula de Identidad N°19.296.497-0, estudiante de la carrera de Psicología de la Universidad de Chile, ha planteado que realizará su tesis desde el lunes 22 de julio de 2019 hasta el 3 de enero de 2020, en la Empresa 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 <table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>ANO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			DIA	MES	ANO			
DIA	MES	ANO								
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SEXO M = 1 ☐ F = 2 ☐	AÑO NACIMIENTO 						
RESIDENCIA HABITUAL:		EDAD 								
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

ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL		CODIGO -	
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 TEMPORAL = 2 INVALIDEZ PARCIAL = 3 INVALIDEZ TOTAL = 4 GRAN INVALIDEZ = 5 MUERTE = 6	ALTA MEDICA = 1 INVALIDEZ = 2 ABANDONO DE TRATAMIENTO = 3 MUERTE = 4		
		AÑO MES DIA	
FIRMA DEL ESTADISTICO			

SOLO ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL