

Santiago, 07 de Octubre de 2019

Señores
Consultorías
Pegas con Sentido SPA

De mi consideración:

Informo a usted, que la Srta. **Anahis Rojas Figueroa**, Cédula de Identidad N° 19528472-5 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,



CARMEN LUZ PÉREZ LÓPEZ
Asistente Social Unidad de Bienestar
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile

CPL/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

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 -								
	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							