

Santiago, 03 de Marzo de 2020

Señores
Fundación Amparo y Justicia
Presente

De mi consideración:

Informo a usted, que el Sr. **Pedro Gospodnetic Velásquez** Cédula de Identidad N° 19424331-6 estudiante de la carrera de Sociología 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 Sociólogo 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 Estudiantil
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)
DIA ACCIDENTE LUNES = 1 MARTES = 2 MIERCOLES = 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)

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	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						