Instituto de Seguridad Laboral
Ministerio del Trabajo y Previsión Social
Gobierno de Chile

N°

# DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR

**Antes de registrar los datos lea las instrucciones al reverso**

FISCAL O MUNICIPAL = 1
PARTICULAR = 2 → 1

**A. INDIVIDUALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO**

UNIVERSIDAD DE CHILE | SANTIAGO | _____
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO | CIUDAD | COMUNA

III AÑO | DIURNO
CURSO | HORARIO

FECHA REGISTRO de los DATOS: 07 | 11 | 2023
DIA | MES | AÑO

| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | SEXO M = 1 F = 2 | AÑO NACIMIENTO | EDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| AMAYA | QUEZADA | JAVIER ALVINES | 1 | 2000 | 23 |

**RESIDENCIA HABITUAL:**

| CALLE | NUMERO | POBLACION/VILLA | COMUNA | CIUDAD | CODIF. COM. |
|---|---|---|---|---|---|
| SAN MARTÍN | 756 | | STGO. | STGO. | |

**C. INFORME SOBRE EL ACCIDENTE** (FECHA, HORA Y DIA DE LA SEMANA EN QUE SE ACCIDENTO)

| HORA | MIN. | AÑO | MES | DIA |
|---|---|---|---|---|
| 13 | 00 | 2023 | 11 | 07 |

**TESTIGOS: (EN CASO DE TRAYECTO)**

DIA ACCIDENTE
LUNES = 1
MARTES = 2
MIERCOLES = 3
JUEVES = 4
VIERNES = 5
SABADO = 6
DOMINGO = 7
→ 2

ACCIDENTE:
DE TRAYECTO = 1
EN LA ESCUELA = 2
→ 1

a) _____
NOMBRE - APELLIDO | C. NAC. DE ID.

b) _____
NOMBRE - APELLIDO | C. NAC. DE ID.

**CIRCUSNTANCIA DEL ACCIDENTE** (DESCRIBA COMO OCURRIO - CAUSAL)

ESTUDIANTE EN UNA ACTIVIDAD ACADÉMICA AL BAJAR DEL BUS SE TORCIÓ TOBILLO DERECHO. PRESENTA DOLOR Y DIFICULTAD PARA CAMINAR.

FIRMA Y TIMBRE
RECTOR O REPRESENTANTE

Facultad de Ciencias Sociales
UNIDAD DE BIENESTAR
UNIVERSIDAD DE CHILE

**D. NATURALEZA Y CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE**

CODIGO S S - ESTABLEC.

SOLO ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

_____
ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

_____
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