

DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR

Antes de registrar los datos lea las instrucciones al reverso

A. INDIVIDUALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

Universidad de Chile Santiago Turina
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO CIUDAD COMUNA
1º año Diurno
CURSO HORARIO
FECHA REGISTRO de los DATOS
20 11 2023
DIA MES AÑO

FISCAL O MUNICIPAL = 1
PARTICULAR = 2

MELLA SANTOS AMANDA
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
SEXO M = 1 F = 2
AÑO NACIMIENTO 2005
EDAD 18

RESIDENCIA HABITUAL:

EXEQUIEL FERNANDEZ 1455 Nueva ST60.
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
14 50 2023 11 2 8

TESTIGOS: (EN CASO DE TRAYECTO)

DIA ACCIDENTE
LUNES = 1
MARTES = 2
MIÉRCOLES = 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 OCURRIÓ - CAUSAL)

bajando la escalera del aula de
doblo el pie



RECTOR O REPRESENTANTE

D. NATURALEZA Y CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE

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	ALTA MEDICA = 1				
TEMPORAL = 2	INVALIDEZ = 2				
INVALIDEZ PARCIAL = 3	ABANDONO DE = 3				
INVALIDEZ TOTAL = 4	TRATAMIENTO = 3				
GRAN INVALIDEZ = 5	MUERTE = 4				
MUERTE = 6					
FIRMA DEL ESTADISTICO					