

N°

DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR

Antes de registrar los datos lea las instrucciones al reverso

A. INDIVIDUALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

Universidad de Chile NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO
Santiago CIUDAD
Huñao COMUNA
1º año Psicología CURSO
Diurno HORARIO

FECHA REGISTRO de los DATOS

1 5 0 5 2023
DIA MES AÑO

Gómez APELLIDO PATERNO
Leiva APELLIDO MATERNO
MICHELLE NOMBRES
SEXO
M = 1
F = 2
AÑO NACIMIENTO
2000
EDAD
22

RESIDENCIA HABITUAL:

Camino El Volcán CALLE
05879 NUMERO
Puente Alto POBLACION/VILLA
Sgo. 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
1 9 0 0 2023 0 5 1 2

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)

al bajarse de la micra, se dobló
el pie y cayó.

Facultad de Ciencias Sociales
UNIDAD DE BIENESTAR
FIRMA Y TIMBRE DE LA INSTITUCION DE CHILE

RECTOR O REPRESENTANTE

D. NATURALEZA Y CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE

ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL		CODIGO		ESTABLEC.	
DIAGNOSTICO MEDICO		S S		ESTABLEC.	
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	AÑO MES DIA			
TEMPORAL = 2	INVALIDEZ = 2				
INVALIDEZ PARCIAL = 3	ABANDONO DE TRATAMIENTO = 3				
INVALIDEZ TOTAL = 4	MUERTE = 4				
GRAN INVALIDEZ = 5					