

Primera Atención (emergencia)

 Continuación de Tratamiento

 No desolicitud de Atención médica

Nombre o razón social		RUC		Dirección	
Distrito	Provincia	Departamento	Teléfono	Fax	

Información del trabajador accidentado

Apellidos y nombres		Fecha de nacimiento	DNI	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Domicilio		Teléfono	Cargo	Área de trabajo	

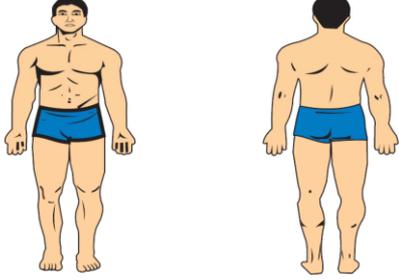
Detalle del accidente

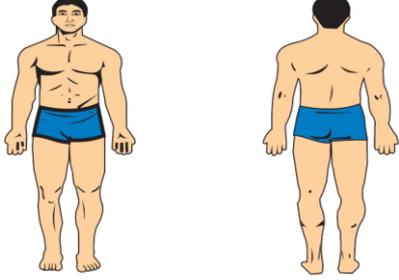
Causa del accidente		Lugar del accidente			
Acto inseguro <input type="checkbox"/> Condición insegura <input type="checkbox"/>					

En labor habitual	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Horas extras <input type="checkbox"/>	Fecha del accidente	Hora
-------------------	---	---------------------------------------	---------------------	------

Cómo ocurrió el accidente:	Fuente o causa de lesión		
	Calor <input type="checkbox"/>	Químicos <input type="checkbox"/>	Madera <input type="checkbox"/>
	Metales <input type="checkbox"/>	Eléctricos <input type="checkbox"/>	Herramienta manual <input type="checkbox"/>
	Vidrio <input type="checkbox"/>	Escaleras <input type="checkbox"/>	Otros: <input type="checkbox"/>

Tipo de accidente		Lesión o daño referido	
Golpes <input type="checkbox"/>	Caídas <input type="checkbox"/>	Amputación <input type="checkbox"/>	Pérdida de visión <input type="checkbox"/>
Cortes <input type="checkbox"/>	Quemaduras <input type="checkbox"/>	Quemadura <input type="checkbox"/>	Electrocución <input type="checkbox"/>
	Intoxicación <input type="checkbox"/>	Raspadura <input type="checkbox"/>	Lesiones múltiples <input type="checkbox"/>
	Atrapamientos <input type="checkbox"/>	Laceración <input type="checkbox"/>	Envenenamiento <input type="checkbox"/>
	Sobre esfuerzo <input type="checkbox"/>	Otros: <input type="checkbox"/>	Otros: <input type="checkbox"/>
	Atropellamientos <input type="checkbox"/>		

Partes del cuerpo afectadas		
Dedos <input type="checkbox"/>	Mano <input type="checkbox"/>	
Cabeza <input type="checkbox"/>	Tronco <input type="checkbox"/>	
Otros <input type="checkbox"/>		

Apellidos y nombres del reportante		
Cargo		
Firma del reportante		

Para ser llenado por el médico tratante

Nombre del centro asistencial		RUC	Fecha de atención
-------------------------------	--	-----	-------------------

Nombre del médico tratante		DNI	CMP	Teléfono
----------------------------	--	-----	-----	----------

Diagnóstico(s)			CIE 10
----------------	--	--	--------

Atención	Hospitalización <input type="checkbox"/>	Ambulatorio <input type="checkbox"/>	Alta <input type="checkbox"/>	Hospitalización Servicio	Cuarto <input type="checkbox"/>	Intervención quirúrgica
	Observación <input type="checkbox"/>	Referencia <input type="checkbox"/>	Muerte <input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Indicación médica y/o procedimiento realizado			
---	--	--	--

Interconsultas			
----------------	--	--	--

Fecha	Especialidad	Procedimiento
-------	--------------	---------------

Requiere medicina física o rehabilitación	Número de sesiones	Tipo de terapia	Tiempo
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

Requiere tratamiento quirúrgico	Especificar
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Requiere aparatos ortopédicos	Especificar
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Pronóstico	Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo	Incapacidad temporal	Incapacidad permanente <input type="checkbox"/>	Tiempo de tratamiento
------------	--	----------------------	---	-----------------------

Necesita ser trasladado a otro centro asistencial	Especificar	Firma y sello del médico tratante
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Esta ficha debe ser llenada total y correctamente, con letra legible (imprenta) en todas sus secciones por los responsables respectivos PARA EL EMPLEADOR ORIGINAL BLANCO

Primera Atención (emergencia)

 Continuación de Tratamiento

 No desolicitud de
Atención médica

Información de la empresa

Nombre o razón social		RUC	Dirección	
Distrito	Provincia	Departamento	Teléfono	Fax

Información del trabajador accidentado

Apellidos y nombres		Fecha de nacimiento	DNI	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Domicilio		Teléfono	Cargo	Área de trabajo	

Detalle del accidente

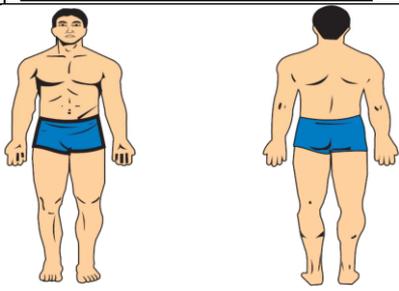
Causa del accidente	Lugar del accidente
Acto inseguro <input type="checkbox"/> Condición insegura <input type="checkbox"/>	

En labor habitual	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Horas extras <input type="checkbox"/>	Fecha del accidente	Hora
-------------------	---	---------------------------------------	---------------------	------

Cómo ocurrió el accidente:	Fuente o causa de lesión
	Calor <input type="checkbox"/> Químicos <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Metales <input type="checkbox"/> Eléctricos <input type="checkbox"/> Herramienta manual <input type="checkbox"/> Vidrio <input type="checkbox"/> Escaleras <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/>

Tipo de accidente	Lesión o daño referido
	Amputación <input type="checkbox"/> Pérdida de visión <input type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/> Quemadura <input type="checkbox"/> Electrocuación <input type="checkbox"/> Luxación <input type="checkbox"/> Raspadura <input type="checkbox"/> Lesiones múltiples <input type="checkbox"/> Contusión <input type="checkbox"/> Laceración <input type="checkbox"/> Envenenamiento <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/>

Partes del cuerpo afectadas
Dedos <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Pie <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Pierna <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>

Apellidos y nombres del reportante	
Cargo	
Firma del reportante	

Para ser llenado por el médico tratante

Nombre del centro asistencial	RUC	Fecha de atención
-------------------------------	-----	-------------------

Nombre del médico tratante	DNI	CMP	Teléfono
----------------------------	-----	-----	----------

Diagnóstico(s)	CIE 10
Atención	

Hospitalización <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Observación <input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/>	Hospitalización Servicio <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/>	Intervención quirúrgica Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
---	---	--

Indicación médica y/o procedimiento realizado

Interconsultas

Fecha	Especialidad	Procedimiento
-------	--------------	---------------

Requiere medicina física o rehabilitación	Número de sesiones	Tipo de terapia	Tiempo
---	--------------------	-----------------	--------

Requiere tratamiento quirúrgico	Especificar
---------------------------------	-------------

Requiere aparatos ortopédicos	Especificar
-------------------------------	-------------

Pronóstico	Incapacidad temporal	Incapacidad permanente <input type="checkbox"/>	Tiempo de tratamiento
------------	----------------------	---	-----------------------

Necesita ser trasladado a otro centro asistencial	Especificar	Firma y sello del médico tratante
---	-------------	-----------------------------------

Esta ficha debe ser llenada total y correctamente, con letra legible (imprenta) en todas sus secciones por los responsables respectivos