

INFORME DE ATENCION EN SERVICIO MEDICO

N °:00X/200X

NOMBRE			
FICHA / RUT			
EMPRESA:	ENAP	<input type="checkbox"/>	EMPRESA CONTRATISTA:
RUT EMPRESA			
FECHA DEL EVENTO		HORA:	
FECHA 1° ATENCION		HORA:	
AREA DEL EVENTO			
SUPERVISOR / INSPECTOR ENAP	AVISADO <input type="checkbox"/>		

DESCRIPCION DEL EVENTO:

CLASIFICACIÓN DE LA LESION :

LEVE

☐

MEDIANA GRAVEDAD

☐

GRAVE

☐

REINTEGRO A FAENA :

NO

☐

SI

☐

HORA: _____

SE MANTIENE EN OBSERVACIÓN:

NO

☐

SI

☐

DERIVADO A MUTUALIDAD:

NO

☐

SI

☐

ACHS

☐

IST

☐

CCHC

☐

INP

☐

FECHA

HORA :

VEHICULO :

ATENDIDO POR

CARGO

CC: Gerente ERBB
Gerente Operaciones.
Gerente Recursos Humanos
Jefes Departamentos Bio Bio
Jefe de Turno Bio Bio.
Jefe División relacionado con persona atendida.
Jefe División donde aconteció el evento.
Prev. de Riesgos - Bio-Bio
Presidente Sindicato Trabajadores ENAP-PETROX
Presidente Sindicato Profesionales
Presidente Comité Paritario de Higiene y Seguridad
Servicio Médico

Fecha Ultima Revisión:
29/06/2010

Revisión N °:
03

Aprobado por Gerente Refinería Bío Bío.
Alfonso Yáñez M.