

## DECLARACIÓN INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR

### A. INDIVIDUALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

<b>NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO</b>	<b>RUT DEL ESTABLECIMIENTO</b>	<b>CIUDAD, COMUNA</b>
REPÚBLICA DE LAS FILIPINAS		Santiago, Lo Espejo
<b>CURSO</b>	<b>HORARIO</b>	<b>FECHA REGISTRO</b>
8° A Básica	21:37	06-12-2021

### B. INDIVIDUALIZACIÓN DEL ACCIDENTADO

<b>APELLIDOS</b>	<b>NOMBRES</b>		
ISAMY SUAZO	JOSÉ OMAR ISAIAS		
<b>R.U.N</b>	<b>SEXO</b>	<b>AÑO NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>
223593534	Masculino	2007	14

### RESIDENCIA HABITUAL

<b>DIRECCIÓN</b>

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

<b>HORA:MIN</b>	<b>AÑO-MES-DIA</b>	<b>DIA ACCIDENTE</b>	<b>ACCIDENTE</b>
05:08	2021-12-08	Miercoles	EN LA ESCUELA
<b>NOMBRE-APELLIDOS</b>	<b>C. NAC. DE ID.</b>		
ghjgtj	2345374583783		
<b>NOMBRE-APELLIDOS</b>	<b>C. NAC. DE ID.</b>		
uhi,hyg,ilgfty	5347537		
<b>CIRCUNSTANCIA DEL ACCIDENTE (DESCRIBA COMO OCURRIÓ - CASUAL)</b>	<b>DIRECTOR O REPRESENTANTE (FIRMA Y TIMBRE)</b>		
jhy,hjyu,ktfukm			

### D. NATURALEZA Y CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE (SOLO ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL)

<b>ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL</b>	<b>CODIGO SS-ESTABLECIMIENTO</b>		
<b>DIAGNOSTICO MEDICO</b>	<b>PARTE DEL CUERPO AFECTADA</b>		
<b>HOSPITALIZACIÓN</b>	<b>TOTAL DÍAS HOSP.</b>	<b>INCAPACIDAD</b>	<b>TOTAL DÍAS INCAPACIDAD</b>
◦ SI ◦ NO		◦ SI ◦ NO	
<b>TIPO DE INCAPACIDAD</b>	<b>CAUSA DE CIERRE DEL CASO</b>	<b>FECHA CIERRE DEL CASO (AÑO-MES-DÍA)</b>	<b>NOMBRE DEL ESTADISTICO</b>
◦ LEVE ◦ TEMPORAL ◦ INVALIDEZ PARCIAL ◦ INVALIDEZ TOTAL ◦ GRAN INVALIDEZ ◦ MUERTE	◦ ALTA MEDICA ◦ INVALIDEZ ◦ ABANDONO DE TRATAMIENTO ◦ MUERTE		