

Informe de accidente laboral.

INFORME DE ACCIDENTE LABORAL N° _____/

DE :
A : PREVENCIONISTA DE RIESGOS
SALUD OCUPACIONAL

ESPECIFICAR SI ES ACCIDENTE DE TRABAJO O DE TRAYECTO:	
Unidad/Sección	Lugar Del Accidente

Fecha Accidente		Hora Accidente	Fecha denuncia	
Agresión	SI_ NO_	Tipo De Agresión	Verbal	
			Física Por Parte Acompañante	
			Física Por Paciente Descompensado	
			Física Por Paciente No Descompensado	
DAÑO MATERIAL				
SI_ NO_				

NOMBRE DEL LESIONADO:	
C. IDENTIDAD:	F. Nacimiento:
Cargo:	Horario trabajo dia accidente:
Señale que trabajo estaba realizando el funcionario al momento del accidente	
¿Cuál es su trabajo habitual ?¿realizaba su trabajo habitual?	
Descripción del Accidente (Cómo Ocurrió)	

Especificar si fue atendido en:			Fue derivado a otro Centro Asistencial:		Presentó licencia médica:	
Emergencia	Salud Personal	CAAAC	SI	NO	SI	NO



SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ACHS <input type="checkbox"/> MUTUAL <input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Causa (s) del Accidente					
Sugerencia (s) para evitar la repetición del accidente					

Testigos (Accidente de Trabajo o Trayecto)

Nombre		RUT	
Nombre		RUT	

FIRMA Y NOMBRE JEFE DIRECTO

Obligación de informar (Rechazo de atención por accidente de trabajo)

Es obligación del empleador; enviar a todo funcionario que sufra un accidente al organismo administrador (ISL), y entregar prestaciones médicas (atención, tratamiento, intervenciones, etc.) y prestaciones económicas (licencias, indemnizaciones, pensiones, etc.) al funcionario accidentado (Artículo 28°).

Al rechazar la atención médica (organismo administrador), el funcionario pierde todas las garantías que tiene esta ley. Dado que si a causa del accidente tiene complicaciones posteriores no podrá acceder a las prestaciones de esta Ley y deberá tramitar este accidente como una enfermedad de origen común.

Tomo conocimiento de las obligaciones de la ley 16.744.

FIRMA Y NOMBRE FUNCIONARIO AFECTADO.