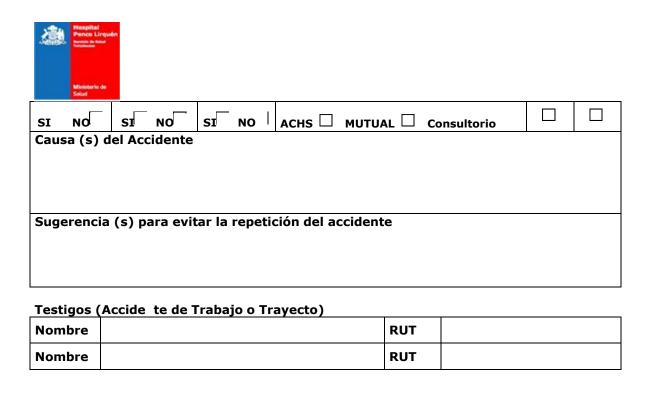


## Informe de accidente laboral.

INFORME D	E ACCIDENT	TE LABORAL N	10	/				
DE : A : PREVENCIONISTA DE RIESGOS SALUD OCUPACIONAL								
ESPECIFICA	R SI ES AC	CIDENTE DE T	RABAJ	O O DE TRA	YECTO:			
Unidad/Sección				Lugar Del Accidente				
Fecha Accidente Hora Accide		nte	Fecha denuncia					
Aguación	ST. NO.	Tipo De Agresión		Verbal Física Por Parte Acompañante				
Agresión	21_ NO_	Tipo De Agre	esion	Física Por Paciente Descompe Física Por Paciente No Descom				
DAÑO MATERIAL								
SI_ NO_								
NOMBRE DE	L LESIONA	DO:						
C. IDENTIDAD:			F. Nacimiento:					
Cargo:			Horario trabajo dia accidente:					
-					momento del accio	lente		
	-	itual ?¿realiz		trabajo hab	itual?			
Descripción	del Accider	nte (Cómo Oci	urrió)					
Especificar si fue atendido en:			Fue dei Asisten	erivado a otro Centro		Presentó licencia médica:		
Emergencia	Salud	CAAAC	CT		NO	SI	NO	



## 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 admin strador (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.