

DENUNCIA INDIVIDUAL DE ENFERMEDAD PROFESIONAL (DIEP)

Código del Caso

Fecha de Emisión

Folio:

A. Identificación del Empleador

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nombre o Razón Social		RUT
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)		Comuna
<input type="text"/>		Número de Teléfono
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres
Actividad Económica		<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada
<input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/> Subcontratista <input type="checkbox"/> De Servicios Transitorios		N° de Trabajadores
Tipo de Empresa		Propiedad de la Empresa
<input type="checkbox"/> Si es Contratista o Subcontratista, señale actividad económica empresa principal:		

B. Identificación del Trabajador/a

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno		RUN
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)		Comuna
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Número de Teléfono
Sexo	Edad	Fecha de Nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nacionalidad	Profesión u Oficio	
<input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Años	<input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Plazo Fijo <input type="checkbox"/> Por Obra o Faena <input type="checkbox"/> Temporada	
Antigüedad en la Empresa	Tipo de Contrato	
<input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Trabajador Dependiente <input type="checkbox"/> Trabajador Independiente <input type="checkbox"/> Familiar no Remunerado <input type="checkbox"/> Trabajador Voluntario	Categoría Ocupacional	
<input type="checkbox"/> Señale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario:		
<input type="checkbox"/> Alacalufe <input type="checkbox"/> Colla <input type="checkbox"/> Quechua <input type="checkbox"/> Otro - Cuál ?		
<input type="checkbox"/> Atacameño <input type="checkbox"/> Diaguita <input type="checkbox"/> Rapanui		
<input type="checkbox"/> Aimara <input type="checkbox"/> Mapuche <input type="checkbox"/> Yamana (Yagán) <input type="checkbox"/> Ninguno		
Tipo de Ingreso:		
<input type="checkbox"/> Remuneración Fija <input type="checkbox"/> Remuneración Variable <input type="checkbox"/> Honorarios		

C. Datos de la Enfermedad

Describa las molestias o síntomas que actualmente tiene el trabajador/a

<input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Años	¿Había tenido estas molestias en el puesto de trabajo actual, anteriormente?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	--	---

¿Hace cuánto tiempo tiene estas molestias o síntomas?

Parte del cuerpo afectada

Describa el trabajo o actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias:

Nombre del Puesto de Trabajo o Actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias:

Existen compañeros de trabajo con las mismas molestias? ☐ SI ☐ NO

¿Qué cosas o agentes del trabajo cree Ud. que le causan estas molestias?

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Años
¿Cuánto tiempo ha estado expuesto o trabajando con estas cosas o agentes del trabajo?	

D. Identificación del Denunciante

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno	RUN
<input type="text"/>	Clasificación del Denunciante (Ley 16.744):
Número de Teléfono	<input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Trabajador/a <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Médico Tratante
	<input type="checkbox"/> Comité Paritario <input type="checkbox"/> Empresa Usuaria <input type="checkbox"/> Otro
	Firma

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DIEP

ENCABEZAMIENTO

- **Código del Caso:** debe ser asignado por el respectivo Administrador del Seguro de la Ley 16.744.
- **Fecha de Emisión:** Anote el día, mes y año en que está llenando este formulario DIEP(día-mes-año).
- **Folio de la DIEP:** debe ser asignado por el respectivo Administrador del Seguro de la Ley 16.744.

A. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

1. Nombre o Razón Social: Anote los datos de la entidad empleadora o empleador del trabajador/a enfermo/a (evite el uso de siglas y abreviaturas).
2. RUT: Anote el RUT de la entidad empleadora o empleador.
3. Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): Anote el domicilio oficial de la entidad empleadora o de la casa matriz. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
4. Comuna: Anote la comuna en que se encuentra el domicilio oficial de la entidad empleadora.
5. Número de teléfono: Anote el número telefónico del domicilio oficial de la entidad empleadora, anteponga el código de la ciudad o celular, según corresponda.
6. Actividad Económica: Señale qué actividad desarrolla la entidad empleadora. Anote en el casillero en blanco.
7. N° de Trabajadores: Señale cuántos Hombres y cuántas Mujeres trabajan en la empresa. Anote en el cuadro respectivo.
8. Propiedad de la Empresa: Marque con una x si es una entidad empleadora pública o privada.
9. Tipo de Empresa: Marque con una x si es Principal, Contratista, Subcontratista o de Servicios Transitorios.
10. Si es contratista o subcontratista, señale la actividad que desarrolla la empresa principal. Anote en el espacio en blanco.

B. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR/A

11. Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno: Anote los datos del trabajador/a enfermo/a, según el orden solicitado.
12. RUN: Anote el RUN o RUT del trabajador/a enfermo/a.
13. Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): Anote los datos del domicilio del trabajador/a enfermo/a. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
14. Comuna: Anote la comuna que corresponde a la dirección del trabajador/a enfermo/a.
15. Número de teléfono: Anote el número telefónico del trabajador/a enfermo/a, anteponga el código de la ciudad o celular, según corresponda.
16. Sexo: Marque con una x el casillero que corresponda al sexo del trabajador/a enfermo/a.
17. Edad: Anote la edad en años cumplidos a la fecha del accidente, del trabajador/a enfermo/a.
18. Fecha de Nacimiento: Señale el día, mes y año de nacimiento del trabajador/a enfermo/a (día-mes-año).
19. Pueblo originario: Marque con una x el casillero correspondiente al pueblo originario al que pertenece el trabajador/a enfermo/a. Si no pertenece a alguno, marque una x en Ninguno.
20. Nacionalidad: Anote la nacionalidad del trabajador/a enfermo/a.
21. Profesión u Oficio: Anote en el casillero en blanco la profesión u oficio del trabajador/a enfermo/a.
22. Antigüedad en la Empresa: Anote el número de años, meses o días que llevaba desempeñándose el Trabajador/a, en la empresa cuando se enfermó. Marque con una x el recuadro respectivo.
23. Tipo de Contrato: Marque con una x el casillero que corresponda al tipo de contrato del trabajador/a enfermo/a.
24. Tipo de ingreso: Marque con una x el casillero que corresponda al tipo de ingreso que percibe el trabajador/a enfermo/a.
25. Categoría Ocupacional: Marque con una x el casillero que corresponda a la categoría ocupacional del trabajador/a enfermo/a.

C. DATOS DE LA ENFERMEDAD

26. Describa las molestias o síntomas que actualmente tiene el trabajador/a: Autoexplicativo.
27. ¿Hace cuánto tiempo tiene estas molestias?: Responda la pregunta anotando, en el recuadro, el número de días o meses o años que el trabajador/a ha tenido las molestias o síntomas, y marque con una x en el casillero que corresponda.
28. ¿Había tenido estas molestias en el puesto de trabajo actual, anteriormente? Marque con una x en el casillero que corresponda, Sí o No.
29. Parte del cuerpo afectada: Anote en el recuadro en blanco la parte de cuerpo que corresponda.
30. Describa el trabajo o actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias: Autoexplicativo.
31. Nombre del Puesto de Trabajo o Actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias: Autoexplicativo.
32. Existen compañeros de trabajo con las mismas molestias?: Anote en el casillero respectivo, Sí o No.
33. ¿Qué cosas o agentes del trabajo cree Ud. que le causan estas molestias?: Autoexplicativo.
34. ¿Cuánto tiempo ha estado expuesto o trabajando con estas cosas o agentes del trabajo?: Anote número de días o meses o años, y marque con una x lo que corresponda (días o meses o años).

D. IDENTIFICACIÓN DEL DENUNCIANTE

35. Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno: Anote los datos de la persona que extiende la denuncia o Denunciante, según el orden solicitado.
36. RUN: RUN o RUT de la persona que extiende la denuncia o Denunciante.
37. Número de teléfono: Anote el número de teléfono del Denunciante, anteponga el código de la ciudad o de celular, según corresponda.
38. Clasificación del denunciante o persona que extiende la denuncia, según Ley 16.744: Marque con una x el casillero que corresponda al tipo de Denunciante que se trata, puede ser el empleador o su representante, el propio trabajador/a enfermo/a, un familiar del trabajador/a enfermo/a, el Comité Paritario del lugar de trabajo del trabajador/a enfermo/a, el médico tratante, la empresa usuaria cuando se trate de un trabajador de una empresa de servicios transitorios u "otro", en caso de que se trate de una persona que tomó conocimiento del hecho y no está en esa lista.
39. Firma: La persona que denuncia debe firmar el formulario.