

DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR

Antes de registrar los datos lea las instrucciones al reverso

A. INDIVIDUALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

LICEO EXPERIMENTAL UMAG

PUNTA ARENAS

PUNTA ARENAS

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

CIUDAD

COMUNA

CURSO

HORARIO

FECHA REGISTRO de los DATOS

DIA MES AÑO

SEXO

M = 1

F = 2

AÑO NACIMIENTO

EDAD

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

RESIDENCIA HABITUAL:

CALLE

NUMERO

POBLACION/VILLA

P. ARENAS

COMUNA

P. ARENAS

CIUDAD

CODIF. COM.

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

HORA MIN.

AÑO

MES

DIA

TESTIGOS: (EN CASO DE TRAYECTO)

DIA ACCIDENTE

LUNES = 1

MARTES = 2

MIERCOLES = 3

JUEVES = 4

VIERNES = 5

SABADO = 6

DOMINGO = 7

ACCIDENTE:

DE TRAYECTO = 1

EN LA ESCUELA = 2

a)

NOMBRE - APELLIDO

C. NAC. DE ID.

b)

NOMBRE - APELLIDO

C. NAC. DE ID.

CIRCUNSTANCIA DEL ACCIDENTE (DESCRIBA COMO OCURRIO - CAUSAL)

FIRMA Y TIMBRE

RECTOR O REPRESENTANTE

D. NATURALEZA Y CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE

S S ESTABLEC.
CODIGO -

ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

DIAGNOSTICO MEDICO

PARTE DEL CUERPO AFECTADA

HOSPITALIZACION

SI = 1

NO = 2

TOTAL DIAS HOSP.

INCAPACIDAD

SI = 1

NO = 2

TOTAL DIAS INCAPACIDAD

TIPO DE INCAPACIDAD

LEVE = 1

TEMPORAL = 2

INVALIDEZ PARCIAL = 3

INVALIDEZ TOTAL = 4

GRAN INVALIDEZ = 5

MUERTE = 6

CAUSA DE CIERRE DEL CASO

ALTA MEDICA = 1

INVALIDEZ = 2

ABANDONO DE

TRATAMIENTO = 3

MUERTE = 4

FECHA CIERRE DEL CASO

AÑO MES DIA

FIRMA DEL ESTADISTICO