

N°

## 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

FISCAL O  
MUNICIPAL = 1

2

PARTICULAR = 2

CURSO

HORARIO

FECHA REGISTRO de los DATOS

DIA MES AÑO

SEXO

M = 1

AÑO NACIMIENTO

EDAD

F = 2

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