



Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP)



Código del caso

Fecha de Emisión

Folio

A. Identificación del empleador

RUT		Razón social	
Dirección		Referencia	
Comuna	Teléfono	Propiedad	Tipo empresa
Actividad económica		Si es Contratista o Subcontratista, económica empresa principal	
Número de trabajadores			
hombres		mujeres	

B. Identificación del trabajador

RUN		Nombres y apellidos	
Dirección		Referencia	
Comuna	Teléfono	Sexo	Fecha de nacimiento
Nacionalidad	Pueblo originario	Profesión u oficio	
Fecha ingreso empresa	Tipo de contrato	Tipo de ingreso	Cat. ocupacional

C. Datos de la enfermedad

Describe las molestias o síntomas que actualmente tiene el trabajador/a.

¿Aproximadamente en qué fecha comenzaron las molestias?

¿Había tenido estas molestias en el puesto de trabajo actual, anteriormente?

Indique la parte del cuerpo afectada.

Describe 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?

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

¿Aproximadamente desde qué fecha ha estado expuesto a los agentes que causan la molestia?

D. Identificación del denunciante

RUN		Nombres y apellidos	
Clasificación del denunciante		Teléfono	