

Diligenciar solamente si presentó un accidente, lesión, golpe, herida, esguince, contusión, traumatismo, lumbago, quemadura, esfuerzo, fractura, luxación, desgarro, cuerpo extraño, retiro de material de osteosíntesis, trauma craneoencefálico, latigazo, punciones, barotrauma, dengue, malaria, envenenamiento, intoxicación aguda, estrés postraumático o secuela de las anteriores.

| Fecha de diligenciamiento |    |      |
|---------------------------|----|------|
| DD                        | MM | AAAA |

## I. INFORMACIÓN DEL AFILIADO

|                        |           |                              |   |
|------------------------|-----------|------------------------------|---|
| Nombre completo        |           | Documento de identificación  |   |
| Nombre(s)              | Apellidos | Tipo                         | Número                                      |
| Dirección de domicilio |           | Número de teléfono domicilio | Número de celular / otro número de contacto |

## II. INFORMACIÓN LABORAL

|                                      |                                      |  |       |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|-------|
| Tipo de afiliación                   | Dependiente <input type="checkbox"/> | Independiente <input type="checkbox"/> | CUAL? |
| ¿Está afiliado a una ARL?            | Sí <input type="checkbox"/>          | No <input type="checkbox"/>            |       |
| Nombre de la empresa                 |                                      | Número de teléfono de la empresa       |       |
| Ciudad                               | Cargo                                |  |       |
| Diagnóstico motivo de la incapacidad |                                      |  |       |

## III. CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN

El diagnóstico por el cual se generó ésta incapacidad se deriva de un ACCIDENTE DE TRABAJO ? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Si se trata de un accidente de trabajo registre la fecha y hora en que se presentaron los hechos, en caso contrario deje estos espacios en blanco

|   |    |    |      |  |    |    |
|---|----|----|------|--|----|----|
| Fecha del accidente de trabajo (DD/MM/AAAA) | DD | MM | AAAA | Hora del accidente de trabajo (cuando aplique) | AM | PM |
|---|----|----|------|--|----|----|

Si se trató de un ACCIDENTE DE TRABAJO por favor describa brevemente cómo se presentaron los hechos que dieron origen a su incapacidad:

|   |               |
|---|---------------|
| Firma o nombre de quien suministra la información | Observaciones |
|---|---------------|

**Estimado Usuario:** La información que se aporte para diligenciar este documento constituye soporte legal para la determinación del origen de la incapacidad y por tanto deberá ser VERAZ y VERIFICABLE, por lo que al ser presentada como soporte de la incapacidad se garantiza el carácter de auténtico a los datos que se provean en el momento de su