

ENFERMEDAD PROFESIONAL ☐ ACCIDENTE DE TRABAJO ☐ ACCIDENTE IN ITINERE ☐
En el trabajo ☐ En otro centro o lugar de trabajo ☐ Al ir o al volver del trabajo ☐
Reagravamiento caso anterior ☐ Sinestros múltiples ☐ Fecha de reagravamiento _____ Desplazamiento en día laboral ☐ Otro ☐

DATOS DEL EMPLEADOR

Razón social _____ C.U.I.T. _____ Contrato n° _____ C.I.U. _____
Domicilio _____ N° _____ Piso _____ Of. _____
Código postal _____ Localidad _____ Provincia _____
Teléfono _____ Fax _____ e-mail _____
Nombre del establecimiento de ocurrencia del accidente o detección de la enfermedad profesional _____
Código del establecimiento _____ C.I.U. _____
Empresa subcontratada ☐ SÍ ☐ NO ☐ C.U.I.T. ocurrencia o detección _____
Calle _____ N° _____ Localidad _____
Provincia de ocurrencia o detección _____ Código postal _____

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y nombre _____ Documento: D.N.I./E./L.C./C.I./Pas. _____
N° de C.U.I.L. _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Sexo F ☐ M ☐ Nacionalidad _____
Estado civil Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Unión hecho ☐ Calle _____
N° _____ Piso _____ Dpto. _____ Localidad _____ Código postal _____ Provincia _____
Teléfono _____ F. de ingreso a la empresa ____/____/____ Remuneración a la f. del accidente Sueldo \$ _____
Jornal \$ _____
Turno de trabajo habitual Fijo diurno ☐ Fijo nocturno ☐ Rotativo ☐ Jornada habitual de _____ Hs. hasta _____ Hs. Mano hábil Izq. ☐
Der. ☐
Situación contractual _____ F. de último examen periódico ____/____/____
Obra social _____
Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de la enfermedad profesional _____ C.I.U.O. _____
Antigüedad al momento del diagnóstico _____ Puesto de trabajo anterior (C.I.U.O.) _____ Antigüedad _____
Otro empleador al momento del accidente o enf. profesional ☐ Razón social _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO (Accidente de trabajo)

Hora del accidente _____ Hs. Horario de la jornada el día del accidente de _____ Hs. hasta _____ Hs. F. de inicio de inasist. lab. ____/____/____
Domicilio de ocurrencia del accidente _____ Est. propio ☐ Calle _____ N° de puerta _____
Otro lugar ☐
Código postal _____ Localidad _____ Provincia _____
Descripción del accidente y sus consecuencias _____

Código de lesión (Ver tablas) _____ Accidente de tránsito ☐ SÍ ☐ NO ☐ Gravedad presunta LEVE ☐ GRAVE ☐ MORTAL ☐
Agente material asociado ☐ Diagnóstico 1 ☐ 2 ☐
Naturaleza de la lesión 1 ☐ 2 ☐
Forma del accidente ☐ Zona del cuerpo afectada 1 ☐ 2 ☐

INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO (Enfermedad profesional)

Agente causante (AC) (ver tabla)	Descripción de la EP	Agente material asociado (ver tabla)	Zona del cuerpo afectada (ver tabla)	Tiempo de exposición al agente	Fecha de diagnóstico	Fecha de inicio de la inasistencia laboral	Forma de diagnóstico (completar según *)
AC 1	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
AC 2	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
AC 3	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						

* La enfermedad se detectó en (códigos de formas de diagnóstico)

Examen preocupacional	P
Examen periódico	R
Examen de egreso	E
Ausencia prolongada	A
Transferencia de puesto de trabajo	T
Obra social	O
Sanatorio privado	N
Hospital público	H
Consulta en amb. púb. no hospit.	M
Peritaje judicial	J
Comisión médica	S
Prestación A.R.T.	B

Centro asistencial _____ Domicilio _____ Código postal _____ Localidad _____ Tel. _____
Accidente in itinere _____ Denuncia policial N° _____ (Adjuntar copia) _____ Comisaría _____