TRATAMIENTO (Procedimientos, Médicamentos):

PRONOSTICO MEDICO LEGAL PROVISORIO:

Nº FICHA CLINICA

// LEVE

Servicio de Salud Metrop. C Hospital de Urgencia Asister " Dr. Alejandro del Río "	entral icia Pública Impresion	DATO DE ATENCIO	DN DE URGENCIA		4700	Meron
I. AREA ADMINISTRATIV	4	1		N° D	AU1208(	700003
The state of the s	VIVANCO VERDUG	O MARIO ALEJA	NDRO			
MOMBILE.	33a 5m	SEXO: M/F	R.U.T.: 136346	169-5	FONO:	7784276
-	17/08/2012	Н	ora llegada 14:20:0	00		
DOMICILIO:	CALLE MAIPU 953			M.AJF	⊇ <u>L</u>	
ACCIDENTE:	SI X	NO .				4.
	TRANSITO TR	abajo 🔀 🐇 e	SCOLAR		T	$\sigma$ r).
	AGRESION H	IOGAR	OTRO		1)1	
LUGAR ACCIDENTE:	1	1.84	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	6	(-)6	
LLEGA EN:	AMBULANCIA HUAI	, No	TRA AMBULANCIA	OTRO VEHICUL	0 7 368	MEDIOS
A BOX DE:	MEDICINA	CIRUGIA	· DENTAL	POLICLINIC	0	
RECAUDACION:	ticula			*		
BENEFICIARIO: A		CD	LIB. ELECCION	RECEPCIONISTA	A:mbara	ihonab
NO BENEFICIARIO:	ISAPRE CON	NARNIO TO C	I DAMEGUAR E	CANCELA	₹\$:	
SOAP	AC. TRAB A	C. ESC. OTRO	ARATO	CAJE	RO:	,
ATENCION MEDICA PREV	IA:	SI 🗌	NO .	TURNO:	A B	C D
DIAGNOSTICO PRESUNTO:		C.50	Control of the contro			n (EVEL CION
				TIMBRE	E DE CAJA O DOCU	IMENTACION
II. AREA CLINICA						
TURNO MEDICO:	I 11 III	IV V. V	TURNO ENFERMER	IA: (A) B	C D URGEN	ICIA
HIPOTESIS DIAGNOSTICA	- A / -	(ver	1.7-		SI	NO NO
	1 1 1 1 1 1 1 1	Coes V	24 /11	1 1	21	
INTERCONSULTA ESPECIA	ALISTA	EXAMENES		per to se	SUTU	RAS
	NOMBRE O CODIGO	HEMATOCRITO		<u>%</u>	SIMP.	COMP
TRAUMATOLOGO		GLICEMIA		mg/dl	CARA	
NEUROCIRUJANO		E.C.G.			OTROS	
MAXILO FACIAL		ALCOHOLEMIA N°	C.I.			
MED. QUEMADOS		T.A.C.		-	GLASO	GOW
INTERNISTA		RADIOGRAFIA		AP. 0	OJOS	
AYUDANTE PRIMERO		YESOS		R. VE	ERBAL	

VALVAS OTRO

GRAVE \_\_\_\_ MEDIANA GRAVEDAD \_\_\_\_

HOSBITAL IZACION



inspección IPT SANTIAGO Domicilio Moneda Nº723, SANTIAGO

Región Inspección Año No. Fiscalizacion

01

2012 4930

Estado Comisión Multa Asociada

## INGRESO DE DENUNCIA

(En base de Infracciones)

# I.- Antecedentes de la Fiscalización:

Fecha de Origen	Origen	Unidad de Origen	Solicitada Por	Ponderación	Kardex
06/09/2012	Atencion de Publico	Atencion de Publico	Trabajadores	1,00	

Programa de Fiscalización

Ingresado Por

SAPIAINS/ARNOLD/RODOLFO ERNESTO

Funcionario Asignado

Refiscaliza Comisión

Oficina de Ingreso

IPT SANTIAGO

Fecha de Asignación

Tipo de Procedimiento a Realizar Normal

# II.- Antecedentes del Solicitante

Nombre

MARIO ALEJANDRO VIVANCO VERDUGO

Domicilio

CALLE MAIPU 953

Correo Electrónico

R.U.N

13634669-5

Es Afectado

Si

Comuna

MAIPÚ

Teléfono

67784276

Area de Trabajo OPERARIO DE PRODUCCION

Días Jornada Lab. Lunes a Sabado

## III.- Antecedentes del Fiscalizado

RUT 14410921-K Teléfono 5552427 Tipo de Empresa

Razón Social NELIDA ELISA FUENTES MUÑOZ Correo Electrónico

## IV.- Contenido de la Fiscalización

Conceptos a Fiscalizar o Investigar

Descripción de el/los Concepto(s)

PROTECCIÓN DE LA VIDA Y SALUD DE LOS TRABAJADORES: No informar inmediatamente a la Inspección del Trabajo el accidente fatal y grave.

#### Otros Antecedentes para la Fiscalización

Posibles Afectados

Urgen

Proc. Especial

Proc. Ordinario

Proc. Extraordinario

1

SI

1er Mejor día de Visita: Lunes a las 09:00

2do Mejor día de Visita: Viernes a las 17:00

#### Descripción General de las Conceptos a Fiscalizar o Investigar

DON MARIO ALEJANDRO VIVANCO VERDUGO DECLARA:" QUE ESTA VIGENTE, TIENE CONTRATO DESDE EL 26/03/2012, DENUNCIA NO INFORMAR INMEDIATEMENTE A LA INSPECCION DEL TRABAJO EL ACCIDENTE." DIAS DE VISITA DE LUNES A VIERNES DE 9,00 HORAS A 17,00 HORAS.LEE Y FIRMA EN CONFORMIDAD.

UNIDAD ATENCION OE PUBLICO OS MINOS SIL





an/on o

### SOLICITUD DE INTERCONSULTA O DERIVACION

EQUIO Nº

DIRECCION ATENCION PRIMARIA FECHA SOLICIT	TUD: DIA MES	ZD ( Z	HORA:		
Para ser Ilenado en Admisión  1. Servicio de Salud	2. Establecimiento	C. SALUD	"Dr. AHUES"		
3. Especialidad	4. Uni	dad INS	KIIO		
5. Nombre U/Vma Jen Juan	N ATU	6. Historia Clinica			
Apellido paterno  Apellido paterno  Apellido paterno  7. RUT.:  13634667-  9. Sexo (marcar con X) Femenino  10. Fecha de Nacimiento  12. Domicilio (calle, número, número interior, bloque (block), villa, localid  13. Comuna de residencia  14. Talento de Apellido  Apellido paterno  10. Fecha de Nacimiento  12. Domicilio (calle, número, número interior, bloque (block), villa, localid  13. Comuna de residencia	do materno 8. Si es recién nacido madre beneficiario	, RUT. de padre o	es		
9. Sexo Masculino (marcar con X) Femenino  10. Fecha de Nacimiento	MES AÑO	HORA 11. Edad	Años Dias Meses Horas		
12. Domicilio (calle, número, número interior, bloque (block), villa, localidad)					
	Teléfono 1	15. Teléfono 2	16. Correo Electrónico		
Para ser llenado por el(la) profesional que solicite la interconsulta o  17. Se deriva para atención en:  Estable		UK O18/Ispecifligad	Ac		
19. Se envía a Confirmación Diagnóstica Seguim		<b>→</b>			
20. Hipótesis diagnóstica o diagnóstico: ( anote con letra legible y sin sig	glas) 35	/	The state of		
- 100 GAR AMBUTAN FACTURE DISM STREET					
SUTURA BASTON COOKHE					
IN MICE SENECIO 3- FIS CINOC DISTON / CUN V DO					
21. ¿Sosperha // Especifical Problema CV (	JN 60 00	Subgrupo o Subproblema salud AUGE(si corresponde)			
NO SI	25 2VN C	Parin			
23. Fundamentos del diagnóstico	- Edt	UATORA			
a wha c	Aprica	IN JUNCO	Or GL		
24. Examenes realizados					
Para ser Ilenado en Admisión, excepto la firma 25. Nombre  26. RUT.: Apellido paterno	RUMAN				
Apellido paterno	Appliido may ad fill	Noi Firma profesional	mbres		



DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE	E DEL TRABAJO (DIAT)			
27/OC+U/2X=12	[2] DEGIONAL			
Codigo del Caso Fecha de Emisión	Folio: METROPOLITAMA			
A. Identificación del Empleador	***			
VEISAG FLENTES DUNOZ Nombre o Razón Social	14.410. 921 -K			
Sierra Bella #2051 Dirección (Calle, Nº, Depto., Población, Villa, Ciudad)	ScintiAci O (Número de Teléfono			
Armado y venta de puebes	Hombres Mujeres Pública Privada			
☐ Principal ☐ Contratista ☐ Subcontratista ☐ De Servicios Transitorios	Si es Contratista o Subcontratista, señale actividad			
Tipo de Empresa	económica empresa principal:			
B. Identificación del Trabajador/a				
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno	(Erdugo) [13.634.669-5]			
NaiPU # 959	Nai PU 67784726			
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)  Hombre Mujer 2 2 4/6/23/4 Señala del trabajo	Comuna Número de Teléfono			
Sende steritable	ador pertenece o no a un pueblo originario:  Colla Quechua Dtro - Cuál ?			
CHILETIC Magnin o Manifold I Atacameño	☐ Diaguita ☐ Rapanui			
Nacionalidad Profesión u Oficio	Mapuche Yamana (Yagan) Ninguno			
O 3	o Faena			
☐ Empleador ☐ Trabajador Dependiente ☐ Trabajador Independiente ☐ Familiar no Remunera				
Categoría Ocupacional	ado 🗌 Trabajador Voluntario 📗 Honorarios			
C. Datos del Accidente				
Fecha del Accidente  [6/8/12]  [12:20   A.M.   P.M.  Hora del Accidente	400			
STETTA BEILG # 2051	Hora de Ingreso al Trabajo Hora de Salida del Trabajo			
Dirección (Calle, Nº, Depto, Población Villa Ciudad)	Santing O.			
Señale que estaba haciendo el trabajador al momento o justo antes del accidente: CORTCINGO NACEYA PAYA Area, etc.):				
Describa ¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?: el trabajador la ciendo voluntariamente ousas que la basura o de sectos se votar y un se peque vos. Se pasc, a llevar el dedo en	NO 10 CORKESTOVICLES VA QUE			
Señale cuál era su trabajo habitual: Enc HARACLOV CANTES LAI momento d	del accidente desarrollaba su trabajo habitual? SI 📝 NO			
Clasificación del Accidente (Artículo 76 - Ley 16.744):  Grave Grave Grave Otro Trabajo Grave Si es accidente de Tra	Tipo de accidente de Travecto:			
Parte de Carabineros Declaración Trofficos Double Trabajo - Domicilio				
Medio de Prueba  Detalle del Medio de Prueba  Detalle del Medio de Prueba				
D. Identificación del Denunciante	o de Prueba			
David Alberto Buscuian Frites (17:	388964-K			
SOOT 3013 Clasificación del Denunciante (Ley 16.744):	RUN			
Nime III	☐ Médico Tratante			
Comité Parita de la	Otro			