

I. AREA ADMINISTRATIVA

NOMBRE: VIVANCO VERDUGO MARIO ALEJANDRO
EDAD: 33a 5m SEXO: M M/F R.U.T.: 13634669-5 FONO: 6-7784276
FECHA: 17/08/2012 HORA LLEGADA: 14:20:00
DOMICILIO: CALLE MAIPU 953 MAIPU
ACCIDENTE: SI ☒ NO ☐
TRANSITO ☐ TRABAJO ☒ ESCOLAR ☐
AGRESION ☐ HOGAR ☐ OTRO ☐
LUGAR ACCIDENTE: _____
LLEGA EN: AMBULANCIA HUAP Nº _____ OTRA AMBULANCIA ☐ OTRO VEHICULO ☐ SES MEDIOS ☒
A BOX DE: MEDICINA ☐ CIRUGIA ☒ DENTAL ☐ POLICLINICO ☐
RECAUDACION: Particular
BENEFICIARIO: A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ LIB. ELECCION ☐
NO BENEFICIARIO: ISAPRE ☐ CONVENIO ☐ ACCIDENTE PARTICULAR ☒
SOAP ☐ AC. TRAB ☐ AC. ESC. ☐ OTRO ☐
ATENCION MEDICA PREVIA: SI ☐ NO ☐
DIAGNOSTICO PRESUNTO: OBS 010
RECEPCIONISTA: mbarahonab
CANCELAR S: _____
CAJERO: _____
TURNO: A ☒ B ☐ C ☐ D ☐
TIMBRE DE CAJA O DOCUMENTACION

II. AREA CLINICA

TURNO MEDICO: I II III IV V VI TURNO ENFERMERIA: A B C D
HIPOTESIS DIAGNOSTICA: _____
INTERCONSULTA ESPECIALISTA: _____
EXAMENES: _____
TRAUMATOLOGO _____
NEUROCIRUJANO _____
MAXILO FACIAL _____
MED. QUEMADOS _____
INTERNISTA _____
AYUDANTE PRIMERO _____
OTRO _____
TRATAMIENTO (Procedimientos, Medicamentos): _____
PRONOSTICO MEDICO LEGAL PROVISORIO: GRAVE ☐ MEDIANA GRAVEDAD ☐ LEVE ☐
HOSPITALIZACION ☐ OTRO ☐



Inspección IPT SANTIAGO
Domicilio Moneda N°723, SANTIAGO

Región Inspección Año No. Fiscalización

13 01 2012 4930

Estado Comisión Multa Asociada

INGRESADA

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

Urgencia

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 INMEDIATAMENTE 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.





SOLICITUD DE INTERCONSULTA O DERIVACION

FOLIO N°

HORA:

DIRECCION ATENCION PRIMARIA

FECHA SOLICITUD:

DIA

MES

AÑO

17 08 2017

Para ser llenado en Admisión:

1. Servicio de Salud

2. Establecimiento

3. Especialidad

4. Unidad

C. SALUD "Dr. AHUES"
INSCRITO

DATOS DEL(DE LA) PACIENTE

5. Nombre

6. Historia Clínica

VIVIANO DEN JUAN MARIANO

Apellido paterno

Apellido materno

Nombres

7. RUT.:

13634669-5

8. Si es recién nacido, RUT. de padre o madre beneficiario

9. Sexo

(marcar con X)

☒ Masculino☐ Femenino

10. Fecha de Nacimiento

DIA

MES

AÑO

HORA

16 03 1977

11. Edad

33

☒ Años☐ Días☐ Meses☐ Horas

12. Domicilio (calle, número, número interior, bloque (block), villa, localidad)

MARIA 953

13. Comuna de residencia

6-7784276

14. Teléfono 1

15. Teléfono 2

16. Correo Electrónico

Para ser llenado por el(la) profesional que solicite la interconsulta o derivación

17. Se deriva para atención en:

CINCO

Establecimiento:

DURANTE OCHO

18. Especialidad

19. Se envía a consulta para:

Confirmación Diagnóstica

Realizar Tratamiento

Seguimiento

Otro

Especificar →

20. Hipótesis diagnóstica o diagnóstico: (anote con letra legible y sin siglas)

POC GAN AMPUTADA FALANGE DISTAL DERECHO
SUTURA DISTAL COARDA

INJEC DERECHO 3° FALANGE DISTAL / AMPUTADA

21. ¿Sospecha problema de salud AUGE?

☐ NO☐ SI

Especificar Problema

SUTURA DISTAL COARDA

22. Subgrupo o Subproblema de salud AUGE (si corresponde)

23. Fundamentos del diagnóstico

INJEC DISTAL - EXTENSIÓN

(Web) C/ W/ A COARDA / IN COARDA

24. Exámenes realizados

DATOS DEL(DEL) PROFESIONAL

Para ser llenado en Admisión, excepto la firma

25. Nombre

26. RUT.:

Apellido paterno

-

Apellido materno

Nombres

Firma profesional

Original: Establecimiento que recibe la referencia

