

Nº

DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR

INSTRUCCIONES DE REMPLAZO
FORMULARIO 0374-3



GOBIERNO DE CHILE
INSTITUTO DE NORMALIZACION
PREVISIONAL

Antes de registrar los datos lea las instrucciones al reverso.

A. INDIVIDUALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

FISCAL O MUNICIPAL = 1
PARTICULAR = 2

NOMBRE ESTABLECIMIENTO _____ CIUDAD _____ COMUNA _____

CURSO _____ HORARIO _____

FECHA REGISTRO de los DATOS

DIA	MES	AÑO

B. INDIVIDUALIZACION DEL ACCIDENTADO

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRES _____

SEXO M = 1 F = 2

AÑO NACIMIENTO _____ EDAD _____

RESIDENCIA HABITUAL:

CALLE _____ NUMERO _____ POBLACION/VILLA _____ COMUNA _____ CIUDAD _____ CODIF. COM. _____

C. INFORME SOBRE EL ACCIDENTE (FECHA, HORA y DIA de la SEMANA EN QUE SE ACCIDENTO)

HORA	MINUTOS	AÑO	MES	DIA

TESTIGOS: (EN CASO DE TRAYECTO)

DIA ACCIDENTE: LUNES = 1, MARTES = 2, MIERCOLES = 3, JUEVES = 4, VIERNES = 5, SABADO = 6, DOMINGO = 7

ACCIDENTE: DE TRAYECTO = 1, EN LA ESCUELA = 2

a) NOMBRE - APELLIDO _____ C. NAC. DE ID. _____

b) NOMBRE - APELLIDO _____ C. NAC. DE ID. _____

CIRCUNSTANCIA DEL ACCIDENTE (DESCRIBA COMO OCURRIO - CAUSAL)

RECTOR O REPRESENTANTE

D. NATURALEZA Y CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE

ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL _____	CODIGO _____	ESTABLEC. _____	
DIAGNOSTICO MEDICO _____	HOSPITALIZACION SI = 1 NO = 2	TOTAL DIAS HOSP. _____	INCAPACIDAD SI = 1 NO = 2
PARTE DEL CUERPO AFECTADA _____			TOTAL DIAS INCAPACIDAD _____
TIPO DE INCAPACIDAD	CAUSA DE CIERRE DEL CASO	FECHA CIERRE DEL CASO	
LEVE = 1	ALTA MEDICA = 1	AÑO _____ MES _____ DIA _____	
TEMPORAL = 2	INVALIDEZ = 2		
INVALIDEZ PARCIAL = 3	ABANDONO DE TRATAMIENTO = 3		
INVALIDEZ TOTAL = 4	MUERTE = 4		
GRAN INVALIDEZ = 5			
MUERTE = 6			

FIRMA DEL ESTADISTICO _____

Form. 0374-3 - DIC 12-2003 - 01/2003 - Publicidad Colfer 3





INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO DE LA INFORMACION DEL FORMULARIO 0374-3

Antes de registrar los datos las instrucciones al reverso.

Form for Fiscal Type: FISCAL O MUNICIPAL, PARTICULAR

A. INDIVIDUALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR Nº _____

Se llevará una numeración correlativa anual del Establecimiento. De igual forma lo hará el Servicio de Salud, Servicio Delegado, Caja de Previsión o Mutual desde el 1 de Enero al 31 de Diciembre de cada año.

A. INDIVIDUALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

- Anotar el nombre del Establecimiento Educativo, la ciudad en que está ubicado y la comuna a que pertenece.
- Anotar en el cuadro el número 1 si el Establecimiento es fiscal o municipal, y un 2 si es particular.
- Indicar el curso, Nivel de Enseñanza (Básico, Medio, Universitario) y Horario de clases (Diurno, Vespertino, Nocturno)
- Señalar fecha en que se registraron los datos (Día - Mes - Año).

B. INDIVIDUALIZACION DEL ACCIDENTADO

- Nombre: Indicar Apellido Paterno, Materno y Nombres del Accidentado.
- Sexo: Marque en el cuadro con un 1 si es masculino o un 2 si es femenino.
- Año de Nacimiento: Señale los dos últimos dígitos del año de nacimiento del accidentado.
- Edad: Anote los años cumplidos a la fecha del accidente.
- Residencia Habitual: Indicar el domicilio del accidentado: Calle, Número, Población o Villa, Comuna, Ciudad.

C. INFORME SOBRE EL ACCIDENTE

- Señale la Hora y Minutos. Año, Mes y Día en que se produjo el Accidente, en los recuadros correspondientes.
- Día accidente: Anotar en el recuadro el número que corresponda al día de la semana en que se produjo el accidente.
- Accidente: Anotar en el recuadro un 1 si el accidente fue de Trayecto o un 2 si fue en la Escuela.
- En caso de ser accidente de Trayecto, señale a dos testigos (a, b) con sus respectivos números de Cédula Nacional de Identidad.
- Circunstancias del Accidente: Precise el sitio y anote si se debió a golpe con o por; golpe contra, caídas a diferentes niveles, contactos con, atrapamientos, debido a exposición a, sobreesfuerzo, u otros.
- Firma y Timbre del rector o representante del establecimiento educacional, EVITANDO TAPAR CASILLEROS DE CODIFICACION O DATOS CONSIGNADOS.

Para ser llenado por Establecimiento Asistencial.

D. NATURALEZA Y CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE

- Establecimiento Asistencial: Indicar el Nombre del establecimiento.
- Código del Servicio: Anotar el número del Servicio de Salud al que pertenece, y el código del Establecimiento. (Ejemplo: Hospital Curicó se codifica 16-100).
- Diagnóstico Médico: Anote todos los diagnósticos consignados por el Médico Tratante que tenga relación con la Actividad del Accidentado.
- Codificación: CODIFICAR EL DIAGNOSTICO.
- Parte del cuerpo afectada: De responsabilidad del Médico tratante, anotar parte del cuerpo afectado.
- Hospitalización: Anotar en el recuadro un 1 si se hospitalizó el accidentado o un 2 si NO se hospitaliza.
- Total días Hosp.: Si hospitalización fue = 1 anotar en recuadros el número de días de hospitalización. Para calcular TOTAL DIAS HOSP., se debe sacar la diferencia entre fecha de Egreso y fecha de ingreso al Hospital.
- Incapacidad: Anotar en el recuadro 1 si estuvo Incapacitado el accidentado o un 2 en caso contrario.
- Total días Incapacidad: Si incapacidad fue = 1 anotar en recuadro el número de días de Incapacidad otorgados por el médico.
- Tipo de Incapacidad: En el recuadro coloque el número que corresponda al tipo de Incapacidad.
- Causa del Cierre del Caso: En el recuadro coloque el número que corresponda a la causa de Cierre del Caso.
- Fecha de Cierre del Caso: Coloque en los recuadros correspondientes DIA, MES Y AÑO en que se cerró el Caso.
- Firma del estadístico para conformidad de los datos, EVITANDO TAPAR CASILLEROS DE CODIFICACION O DATOS CONSIGNADOS.

Form for Signature and Date: FIRMA DEL ESTADISTICO, AÑO, MES, DIA