

Formulario de Denuncia de Accidente o Enfermedad Profesional

N de Siniestro
(No completar)

DATOS DE LA EMPRESA

Razón Social <input type="text"/>	Nro. de Contrato <input type="text"/>	CUIT <input type="text"/>
Domicilio (Calle, Nro, Localidad, CP , Provincia,Pais) <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>	

DATOS DEL ACCIDENTADO

Apellido y Nombres del Trabajador <input type="text"/>	Tipo y Numero de Documento <input type="text"/>	CUIL <input type="text"/>
Domicilio Particular (Calle, Nro, Localidad, Cp, Provincia, Pais) <input type="text"/>	Telefono <input type="text"/>	Fecha de Nacimiento <input type="text"/>
Estado Civil <input type="text"/> Hijos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Ingreso Base Mensual / Remuneración promedio <input type="text"/>	Fecha de Ingreso a la Empresa <input type="text"/>	

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del Accidente o toma de conocimiento de la enfermedad <input type="text"/>	Horario Habitual: de <input type="text"/> hasta <input type="text"/>	Hora del Accidente <input type="text"/> hs.
<input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo	<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Accidente In itinere
<input type="checkbox"/> En Comision	<input type="checkbox"/> Reingreso	
Dirección de ocurrencia del accidente (Calle, Nro, Localidad, Cp, Provincia, Pais) <input type="text"/>	Fecha de regreso al Trabajo (día/mes/año) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Aún no regresó al Trabajo
Detalle de las Circunstancias del Accidente <input type="text"/>		

CODIFICACION DE LOS DATOS DEL SINIESTRO (Ver tabla al dorso)

Forma del accidente <input type="text"/>	Zona del Cuerpo Afectada <input type="text"/>	Naturaleza de la Lesión <input type="text"/>	Agente Causante <input type="text"/>
--	---	--	--------------------------------------

PRESTADOR O CENTRO MEDICO QUE EFECTUO LA ATENCION INMEDIATA

Nombre <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>
Domicilio (Calle, Nro, Localidad, CP , Provincia,Pais) <input type="text"/>	Grado de la Lesión <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Mortal (se deberá señalar "grave" solo en los casos con internación)

Fecha <input type="text"/>	Firma autorizada de la empresa _____
	Aclaracion _____
	Cargo _____

Por favor enviar dentro de las 24 horas de producido el accidente al Fax (011) 5281-5999
Ante cualquier duda, comuníquese directamente con nosotros al Tel. (011) 5281-5900
En caso de Emergencia, comuníquese al 0800-444-4490

Forma de accidente

Cod.	Descripción
1	Caída de personas a nivel
2	Caída de personas de altura
3	Caída de personas al agua
4	Caída de objetos
5	Derrumbes o desplomes de Instalaciones
6	Pisada sobre objetos
7	Choque contra objetos
8	Golpes por objetos (excepto caídas)
9	Aprisionamiento o atrapamiento
10	Esfuerzo físico excesivo o falsos movimientos
11	Exposición a frío
12	Exposición a calor
13	Exposición a radiaciones ionizantes
14	Exposición a radiaciones no ionizantes
15	Exposición a productos químicos
16	Contacto con electricidad
17	Contacto con productos químicos
18	Contacto con fuego
19	Contacto con materiales calientes o incandescentes
20	Contacto con frío
21	Contacto con calor
22	Explosión o implosión
23	Incendio
24	Atropellamiento por animales
25	Mordeduras por animales
26	Choque de vehículos
27	Atropellamientos por vehiculo
28	Fallas en mecanismos para trabajos hiperbáticos
29	Agresión con armas
99	Otras formas

Agente Causante

Cod.	Descripción
1	Piso
•	Paredes
•	Techo
•	Escaleras
7	Aberturas, puertas, portones, persianas
8	Ventanas
17	Rejillas
18	Estanterías
19	Vehículos o medio de transporte en general
20	Maquinas y equipos en general
21	Herramientas
27	Andamios
30	Electricidad
35	Fuego
36	Agua
37	Polvos
38	Humos
39	Gases
48	Muebles en general
54	Arma de fuego
55	Ruido
58	Vibraciones transmitidas al cuerpo entero
59	Posiciones Forzadas y Gestos repetitivos del miembro superior
68	Productos químicos
69	Factores biológicos
70	Animales
73	Radiaciones no ionizantes
79	Arma blanca
83	Vibraciones transmitidas al miembro superior
86	Posiciones forzadas y gestos repetitivos del miembro inferior
87	Sobrecarga del uso de la voz
99	No determinado

Naturaleza de la lesión

Cod.	Descripción
1	Excoriaciones
2	Heridas punzantes
3	Heridas cortantes
4	Heridas contuso / anfractuosa
5	Heridas de bala
6	Perdida de tejidos
7	Contusiones
8	Traumatismos internos
9	Torceduras y esguinces
10	Luxaciones
11	Fracturas
12	Amputaciones
13	Gangrenas
14	Quemaduras
15	Cuerpo extraño en ojos
16	Enucleación ocular
17	Intoxicaciones
18	Asfixia
19	Efectos de la electricidad
20	Efectos de las radiaciones
21	Disfunciones orgánicas
99	Otras formas

Zona del cuerpo afectada

Cod.	Descripción
2	Ojos (con inclusión de los párpados, la órbita y del nervio óptico)
6	Boca (con inclusión de labios, dientes y lengua)
7	Nariz
9	Cara (ubicación no clasificada en otros epígrafes)
12	Aparato auditivo
20	Región Cervical (Columna vertebral y músculos adyacentes)
21	Región Dorsal (Columna vertebral y músculos adyacentes)
22	Región Lumbo sacra (Columna vertebral y músculos adyacentes)
23	Tórax (Costillas, esternon)
24	Abdomen (pared abdominal)
30	Hombro (con inclusión de clavícula, omoplato y axila)
31	Brazo
32	Codo
33	Antebrazo
34	Muñeca
35	Mano (con excepción de los dedos solos)
36	Dedos de las manos
40	Cadera
41	Muslo
42	Rodilla
43	Pierna
44	Tobillo
45	Pie (con excepción de los dedos solos)
46	Dedos de los pies
58	Arterias y venas de miembros superiores
59	Arterias y venas de miembros inferiores
70	Aparato respiratorio en general
101	Cerebro
113	Nervios periféricos del miembro superior
117	Nervios periféricos del miembro inferior
120	Aparato Genitourinario en gral.
141	Bazo
160	Piel (solo afecciones térmicas)
181	Ubicaciones múltiples (dos o mas zonas afectadas)
190	Cabeza y cuello
195	Tórax y abdomen
200	Miembros superiores
201	Miembros inferiores
260	Pared abdominal y órganos internos
262	Columna vertebral y médula espinal
99	No determinado