

A. Individualización del Establecimiento: Fiscal Particular

Establ. Educacional:.....

Nombre Ciudad Curso Horario

FECHA QUE SE REGISTRARON LOS DATOS: Día..... Mes..... Año.....

B. Individualización del Accidentado: M 1 Edad años

Nombre Sexo

Ap.Paterno Ap.Materno Nombres P. 2 Año Nac.:.....

RESIDENCIA HABITUAL

Ciudad.....

Comuna Población Calle Nº

C. Informe sobre el Accidente:

FECHA - HORA - y DIA DE LA SEMANA QUE SE ACCIDENTO

Hora..... Día..... Mes..... Año 19.....

Lunes 1 Viernes 5 1 ACCIDENTE DE TRAYECTO

Martes 2 Sábado 6 2 ACCIDENTE EN LA ESCUELA

Miércoles 3 Domingo 7 a)

Jueves 4 b)

CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE (describa como ocurrió-causal)



Handwritten signature of the Rector or Representative.

Firma y Timbre del Rector o Representante

D. Naturaleza y Consecuencias del Accidente:

ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL..... Nº.....

DIAGNOSTICO MEDICO

Parte del cuerpo afectada Hospitalización Incapacidad
Total días..... Sí 1 Total días..... Sí 1
No 2 Total días..... No 2

TIPO DE INCAPACIDAD CAUSA DE CIERRE DEL CASO FECHA DE CIERRE DEL CASO

Leve horas 1 Alta Médica 1 Día.... Mes..... Año....
Temporal 2 Invalidez 2
Invalidez parcial 3 Abandono de tratamiento 3
Invalidez total 4 Muerte 4
Gran invalidez 5
Muerte 6

USO EXCLUSIVO S.N.S.

Firma del Estadístico