

EMPLEADOR

Nombre de la empresa	CUIT	Contrato N°	CIU
Domicilio	Localidad	Provincia	CP
Tel	Fax	Email	

ESTABLECIMIENTO DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE O DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

Nombre	CUIT ocurrencia o detección	Código Establecimiento
CIU	Domicilio	Localidad
Pcia. de ocurrencia o detección	CP	Empresa subcontratada <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre	Tipo y N° de documento		
CUIL	Nacionalidad	Tel	Fecha de nacimiento / / Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Domicilio	Localidad	Provincia	CP
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Unión hecho			
Fecha de ingreso en la empresa / /	Fecha de ingreso al establecimiento / /	Turno de trabajo habitual <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Rotativo	
Jornada habitual (desde-hasta)	Situación contractual	Fecha último examen periódico / /	
Obra Social	Sistema jubilatorio <input type="checkbox"/> Reparto <input type="checkbox"/> Capitalización AFJP		
Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de enfermedad profesional			Antigüedad
Puesto de trabajo anterior			Antigüedad

INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO

- Accidente de trabajo Enfermedad profesional
 En el trabajo En otro centro o lugar de trabajo Al ir o volver del trabajo Desplazamiento en su jornada laboral Otro

ACCIDENTE DE TRABAJO

Fecha / /	Horario de la jornada el día de del accidente	Hora accidente
Fecha de inicio de la inasistencia laboral / /	Realizaba una tarea habitual al momento del accidente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Descripción del accidente y sus consecuencias		
Agente material asociado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diagnóstico	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Forma del accidente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Naturaleza de la lesión	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Zona del cuerpo afectada	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ENFERMEDAD PROFESIONAL

	Descripción de la EP	Agente Material Asociado (ver tabla)	Zona del cuerpo Afectada	Tiempo de Exposición al agente	Fecha de diagnóstico	Forma de diagnóstico (ver tabla)	Fecha de inicio de la inasistencia laboral
Agente Causante 1 (ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
Agente Causante 2 (ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
Agente Causante 3 (ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						

LA ENFERMEDAD SE DETECTÓ EN (códigos de detección de la enfermedad)

Examen preocupacional	P	Ausencia prolongada	A	Sanatorio Privado	N	Peritaje Judicial	J
Examen periódico	R	Transferencia del puesto de trabajo	T	Hospital Público	H	Comisión Médica	S
Examen de egreso	E	Obra social	O	Consulta en Amb. no Hospit.	M	Prestación ART	B

Centro asistencial

Domicilio	Localidad
Provincia	CP
	Tel

ACCIDENTE EN ITINERE

Denuncia policial N° _____ (Adjuntar copia) Comisaría _____

 Lugar _____
 Fecha / / _____

 Firma del denunciante _____
 Aclaración del denunciante _____
 DNI del denunciante _____

*LAS TABLAS PARA COMPLETAR EL FORMULARIO ESTAN DISPONIBLES EN LA WEB