

Expertos en Personas, expertos en Salud

Primera Atención (emergencia)

Continuación de Tratamiento

Nº de Solicitud de atención médica	
------------------------------------	--

Información de la empresa

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		RUC		DIRECCIÓN	
DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO	TELÉFONO	FAX	

Información del trabajador accidentado

APELLIDOS Y NOMBRES		FECHA DE NACIMIENTO		DNI	EDAD	SEXO ☐ M ☐ F	
DOMICILIO		TELÉFONO	CARGO		ÁREA DE TRABAJO		

Detalle del accidente

CAUSA DEL ACCIDENTE		LUGAR DEL ACCIDENTE	
☐ ACTO INSEGURO	☐ CONDICIÓN INSEGURA		
EN LABOR HABITUAL	☐ SI ☐ NO ☐ HORAS EXTRAS	FECHA DEL ACCIDENTE	HORA

COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE	FUENTE O CAUSA DE LESIÓN
	☐ CALOR ☐ SUSTANCIAS QUÍMICAS ☐ MADERA ☐ METALES ☐ ELÉCTRICOS ☐ HERRAMIENTA ☐ VIDRIO ☐ ESCALERAS ☐ MANUAL ☐ OTROS

TIPO DE ACCIDENTE			LESIÓN O DAÑO REFERIDO		
☐ GOLPES	☐ QUEMADURAS	☐ SOBRE ESFUERZO	☐ AMPUTACIÓN	☐ CONTUSIÓN	☐ LUXACIÓN
☐ CORTES	☐ INTOXICACIÓN	☐ ATROPELLAMIENTO	☐ QUEMADURA	☐ LACERACIÓN	☐ ELECTROCUCIÓN
☐ CAÍDAS	☐ ATRAPAMIENTOS		☐ RASPADURA	☐ LESIONES MÚLTIPLES	☐ MUERTE
☐ OTROS			☐ FRACTURA	☐ ENVENENAMIENTO	☐ PÉRDIDA DE VISIÓN
			☐ OTROS		

PARTE DEL CUERPO AFECTADAS ☐ DEDOS ☐ MANO ☐ BRAZO ☐ PIE ☐ CABEZA ☐ TRONCO ☐ PIERNA ☐ OJOS ☐ OTROS			
APELLIDOS Y NOMBRES DEL REPORTANTE			
CARGO			
FIRMA DEL REPORTANTE FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR			

Para ser llenado por el médico tratante

NOMBRE DEL CENTRO ASISTENCIA		R.U.C		FECHA DE ATENCIÓN	
NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE		DNI		TELÉFONO	

DIAGNÓSTICO (S)	CIE 10

ATENCIÓN	☐ HOSPITALIZACIÓN ☐ OBSERVACIÓN	☐ AMBULATORIO ☐ REFERENCIA	☐ ALTA ☐ MUERTE	☐ HOSPITALIZACIÓN ☐ SERVICIO	☐ CUARTO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ☐ SI ☐ NO
----------	--	---	--	---	---------------------------------	--

INDICACIÓN MÉDICA Y/O PROCEDIMIENTO REALIZADO

INTERCONSULTAS

FECHA	ESPECIALIDAD	PROCEDIMIENTO

¿REQUIERE MEDICINA FÍSICA O REHABILITACIÓN? ☐ SI ☐ NO	Nº DE SESIONES	TIPO DE TERAPIA	TIEMPO
--	----------------	-----------------	--------

¿REQUIERE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO? ☐ SI ☐ NO	ESPECIFICAR
--	-------------

¿REQUIERE APARATOS ORTOPÉDICOS? ☐ SI ☐ NO	ESPECIFICAR
--	-------------

PRONÓSTICO		TIEMPO DE TRATAMIENTO
☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO	☐ INCAPACIDAD TEMPORAL ☐ INCAPACIDAD PERMANENTE	

NECESITA SER TRASLADADO A OTRO CENTRO ASISTENCIAL ☐ SI ☐ NO	ESPECIFICAR	FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE
--	--------------------	--

ESTA FICHA DEBE SER LLENADA TOTAL Y CORRECTAMENTE, CON LETRA LEGIBLE (IMPRESA) EN TODAS SUS SECCIONES POR LOS RESPONSABLES RESPECTIVOS

PARA EL EMPLEADOR

ORIGINAL BLANCO

Expertos en Personas, expertos en Salud

☐

Primera Atención (emergencia)

☐

Continuación de Tratamiento

N° de Solicitud de
atención médica

Información de la empresa

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		RUC		DIRECCIÓN	
DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO	TELÉFONO	FAX	

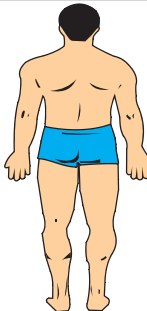
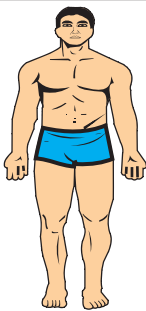
Información del trabajador accidentado

APELLIDOS Y NOMBRES		FECHA DE NACIMIENTO	DNI	EDAD	SEXO ☐ M ☐ F
DOMICILIO		TELÉFONO	CARGO	ÁREA DE TRABAJO	

Detalle del accidente

CAUSA DEL ACCIDENTE ☐ ACTO INSEGURO ☐ CONDICIÓN INSEGURA		LUGAR DEL ACCIDENTE	
EN LABOR HABITUAL ☐ SI ☐ NO ☐ HORAS EXTRAS		FECHA DEL ACCIDENTE	
HORA			
COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE		FUENTE O CAUSA DE LESIÓN ☐ CALOR ☐ SUSTANCIAS QUÍMICAS ☐ MADERA ☐ METALES ☐ ELÉCTRICOS ☐ HERRAMIENTA MANUAL ☐ VIDRIO ☐ ESCALERAS ☐ OTROS	
TIPO DE ACCIDENTE ☐ GOLPES ☐ QUEMADURAS ☐ SOBRE ESFUERZO ☐ CORTES ☐ INTOXICACIÓN ☐ ATROPELLAMIENTO ☐ CAÍDAS ☐ ATRAPAMIENTOS ☐ OTROS		LESIÓN O DAÑO REFERIDO ☐ AMPUTACIÓN ☐ CONTUSIÓN ☐ LUXACIÓN ☐ QUEMADURA ☐ LACERACIÓN ☐ ELECTROCUCIÓN ☐ RASPADURA ☐ LESIONES MÚLTIPLES ☐ MUERTE ☐ FRACTURA ☐ ENVENENAMIENTO ☐ PÉRDIDA DE VISIÓN ☐ OTROS	

PARTE DEL CUERPO AFECTADAS ☐ DEDOS ☐ MANO ☐ BRAZO ☐ PIE ☐ CABEZA ☐ TRONCO ☐ PIERNA ☐ OJOS ☐ OTROS	
APELLIDOS Y NOMBRES DEL REPORTANTE	FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR
CARGO	
FIRMA DEL REPORTANTE	



Para ser llenado por el médico tratante

NOMBRE DEL CENTRO ASISTENCIA		R.U.C	FECHA DE ATENCIÓN	
NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE		DNI	CMP	TELÉFONO
DIAGNÓSTICO (S)				CIE 10
ATENCIÓN ☐ HOSPITALIZACIÓN ☐ AMBULATORIO ☐ ALTA ☐ OBSERVACIÓN ☐ REFERENCIA ☐ MUERTE				
INDICACIÓN MÉDICA Y/O PROCEDIMIENTO REALIZADO				
INTERCONSULTAS				
FECHA	ESPECIALIDAD		PROCEDIMIENTO	
¿REQUIERE MEDICINA FÍSICA O REHABILITACIÓN? ☐ SI ☐ NO	N° DE SESIONES	TIPO DE TERAPIA	TIEMPO	
¿REQUIERE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO? ☐ SI ☐ NO	ESPECIFICAR			
¿REQUIERE APARATOS ORTOPÉDICOS? ☐ SI ☐ NO	ESPECIFICAR			
PRONÓSTICO ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO ☐ INCAPACIDAD TEMPORAL ☐ INCAPACIDAD PERMANENTE				TIEMPO DE TRATAMIENTO
NECESITA SER TRASLADADO A OTRO CENTRO ASISTENCIAL ☐ SI ☐ NO		ESPECIFICAR		FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE

ESTA FICHA DEBE SER LLENADA TOTAL Y CORRECTAMENTE, CON LETRA LEGIBLE (IMPRENTA) EN TODAS SUS SECCIONES POR LOS RESPONSABLES RESPECTIVOS

PARA LA CLÍNICA

COPIA ROSADA