

Solicitud de atención médica SCTR

PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA (campos obligatorios)

PRIMERA ATENCIÓN | CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO EMPRESA

RUC: **Nombre o razón social:**
Correo: **Teléfono:**

1. DATOS DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	Fecha de Nac:
Email:	Edad
Tipo y de Documento: DNI <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> N°:
Nacionalidad:	Estado Civil:
Celular:	Otros: Teléfono: Cargo o puesto de trabajo del paciente:

2. DETALLE DEL ACCIDENTE O DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

Lugar de ocurrencia: Fuerza de las instalaciones | Dentro de las instalaciones
Fecha de accidente: Hora de accidente AM PM | En labor habitual Sí NO

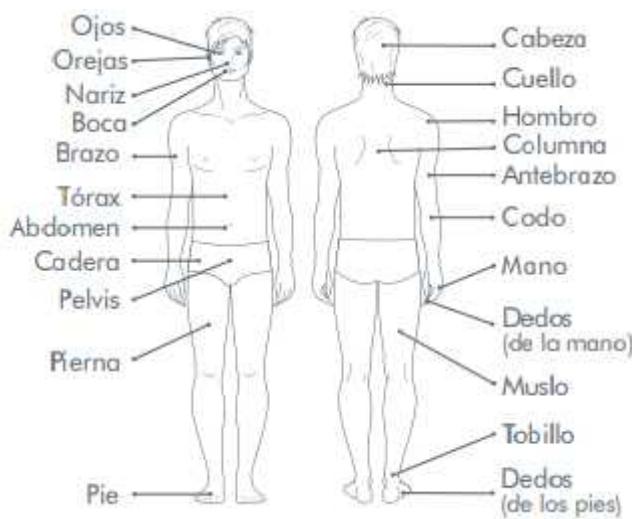
3. TIPO DE ACCIDENTE

<input type="checkbox"/> Golpes	<input type="checkbox"/> Quemaduras	<input type="checkbox"/> Sobre esfuerzo
<input type="checkbox"/> Cortes	<input type="checkbox"/> Intoxicación	<input type="checkbox"/> Atropello
<input type="checkbox"/> Caídas	<input type="checkbox"/> Atrapamientos	Otro:

4. FUENTE O CAUSA DE LA LESIÓN

<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Sustancia química	<input type="checkbox"/> Madera
<input type="checkbox"/> Metales	<input type="checkbox"/> Eléctricos	<input type="checkbox"/> Herramienta manual
<input type="checkbox"/> Vidrio	<input type="checkbox"/> Escaleras	Otros:

5. PARTES DEL CUERPO AFECTADAS (marcar con un círculo)



6. LESIÓN O DAÑO SUFRIDO

<input type="checkbox"/> Amputación	<input type="checkbox"/> Luxación	<input type="checkbox"/> Lesiones múltiples	<input type="checkbox"/> Otros:
<input type="checkbox"/> Contusión	<input type="checkbox"/> Quemaduras	<input type="checkbox"/> Raspadura	
<input type="checkbox"/> Pinchazo	<input type="checkbox"/> Laceración	<input type="checkbox"/> Electrocución	

7. DESCRIBIR CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE

Declaro bajo juramento que todas las respuestas e información que he proporcionado en la presente declaración son verdaderas y exactas. Asimismo, certificamos que el trabajador para el cual se solicita la atención médica pertenece a nuestra empresa y tiene derecho a las atenciones del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo para Prestaciones de Salud que hemos contratado con Construcción S.A Entidad Prestadora de Salud.

Firma y Sello de la empresa

PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE (campos obligatorios)

Nombre del establecimiento de salud:	Fecha de atención: / /
Nombre del médico tratante:	CMP:
Diagnóstico	CIE 10
1. 3.	
2. 4.	

INDICACIÓN MÉDICA Y/O PROCEDIMIENTO REALIZADO

<input type="checkbox"/> Atención	<input type="checkbox"/> Hospitalización	<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Alta
<input type="checkbox"/> Observación	<input type="checkbox"/> Referencia	<input type="checkbox"/> Muerte	

Quien firma y suscribe certifica la autenticidad de los datos del presente formulario en general y, especialmente, en los siguientes tópicos: veracidad del diagnóstico/correspondencia entre el diagnóstico y prescripción.

Firma y Sello del médico tratante

Solicitud de atención médica SCTR

PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA (campos obligatorios)

PRIMERA ATENCIÓN

| CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO

EMPRESA

RUC: Nombre o razón social:

Correo: Teléfono:

1. DATOS DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	Fecha de Nac:
Email:	Edad
Tipo y de Documento: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	Nº:
Nacionalidad:	Estado Civil:
Celular:	Otros:
	Teléfono:
	Cargo o puesto de trabajo del paciente:

2. DETALLE DEL ACCIDENTE O DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

Lugar de ocurrencia:	Fuerza de las instalaciones <input type="checkbox"/> Dentro de las instalaciones <input type="checkbox"/>
Fecha de accidente:	Hora de accidente AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> En labor habitual Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

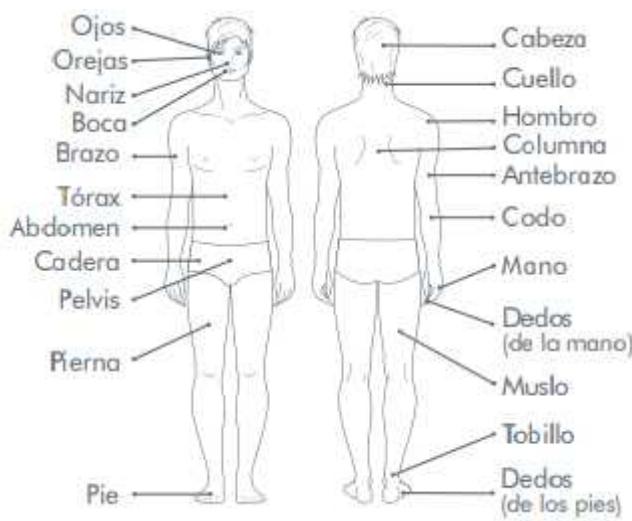
3. TIPO DE ACCIDENTE

<input type="checkbox"/> Golpes	<input type="checkbox"/> Quemaduras	<input type="checkbox"/> Sobre esfuerzo
<input type="checkbox"/> Cortes	<input type="checkbox"/> Intoxicación	<input type="checkbox"/> Atropello
<input type="checkbox"/> Caídas	<input type="checkbox"/> Atrapamientos	Otro:

4. FUENTE O CAUSA DE LA LESIÓN

<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Sustancia química	<input type="checkbox"/> Madera
<input type="checkbox"/> Metales	<input type="checkbox"/> Eléctricos	<input type="checkbox"/> Herramienta manual
<input type="checkbox"/> Vidrio	<input type="checkbox"/> Escaleras	Otros:

5. PARTES DEL CUERPO AFECTADAS (marcar con un círculo)



6. LESIÓN O DAÑO SUFRIDO

<input type="checkbox"/> Amputación	<input type="checkbox"/> Luxación	<input type="checkbox"/> Lesiones múltiples	<input type="checkbox"/> Otros:
<input type="checkbox"/> Contusión	<input type="checkbox"/> Quemaduras	<input type="checkbox"/> Raspadura	
<input type="checkbox"/> Pinchazo	<input type="checkbox"/> Laceración	<input type="checkbox"/> Electrocución	

7. DESCRIBIR CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE

Declaro bajo juramento que todas las respuestas e información que he proporcionado en la presente declaración son verdaderas y exactas. Asimismo, certificamos que el trabajador para el cual se solicita la atención médica pertenece a nuestra empresa y tiene derecho a las atenciones del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo para Prestaciones de Salud que hemos contratado con Construcción S.A Entidad Prestadora de Salud.

Firma y Sello de la empresa

PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE (campos obligatorios)

Nombre del establecimiento de salud:	Fecha de atención: / /
Nombre del médico tratante:	CMP:
Diagnóstico	CIE 10
1. 3.	
2. 4.	

INDICACIÓN MÉDICA Y/O PROCEDIMIENTO REALIZADO

<input type="checkbox"/> Atención	<input type="checkbox"/> Hospitalización	<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Alta
<input type="checkbox"/> Observación	<input type="checkbox"/> Referencia	<input type="checkbox"/> Muerte	

Quien firma y suscribe certifica la autenticidad de los datos del presente formulario en general y, especialmente, en los siguientes tópicos: veracidad del diagnóstico/correspondencia entre el diagnóstico y prescripción.

Firma y Sello del médico tratante