

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

Sexo: M ☐ F ☐

Tipo y de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐

N°:

Nacionalidad:

Estado Civil:

Otros:

Teléfono:

Celular:

Cargo o puesto de trabajo del paciente:

2. DETALLE DEL ACCIDENTE O DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

Lugar de ocurrencia:

| Fuera de las instalaciones ☐ | Dentro de las instalaciones ☐

Fecha de accidente:

| Hora de accidente AM ☐ PM ☐ | En labor habitual SÍ ☐ NO ☐

3. TIPO DE ACCIDENTE

☐ Golpes

☐ Quemaduras

☐ Sobre esfuerzo

☐ Cortes

☐ Intoxicación

☐ Atropello

☐ Caídas

☐ Atrapamientos

Otro:

4. FUENTE O CAUSA DE LA LESIÓN

☐ Calor

☐ Sustancia química

☐ Madera

☐ Metales

☐ Eléctricos

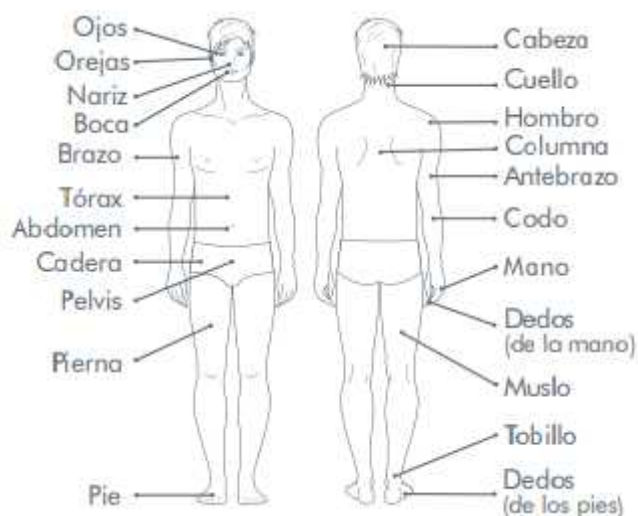
☐ Herramienta manual

☐ Vidrio

☐ 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"/> Electrocutación	

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 medica 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 Sexo: M ☐ F ☐

Tipo y de Documento: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ N°:

Nacionalidad: Estado Civil: Otros: Teléfono:

Celular: Cargo o puesto de trabajo del paciente:

2. DETALLE DEL ACCIDENTE O DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

Lugar de ocurrencia: | Fuera de las instalaciones ☐ | Dentro de las instalaciones ☐

Fecha de accidente: | Hora de accidente AM ☐ PM ☐ | En labor habitual SÍ ☐ NO ☐

3. TIPO DE ACCIDENTE

☐ Golpes ☐ Quemaduras ☐ Sobre esfuerzo

☐ Cortes ☐ Intoxicación ☐ Atropello

☐ Caídas ☐ Atrapamientos Otro:

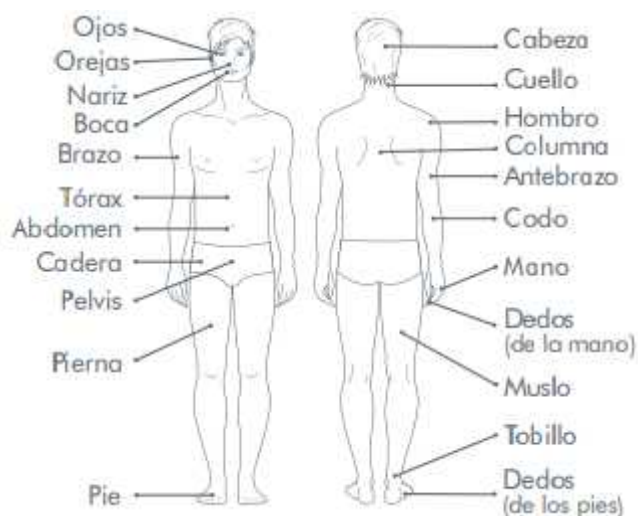
4. FUENTE O CAUSA DE LA LESIÓN

☐ Calor ☐ Sustancia química ☐ Madera

☐ Metales ☐ Eléctricos ☐ Herramienta manual

☐ Vidrio ☐ 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"/> Electrocutación	

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 medica 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