

**SOLICITUD DE ATENCIÓN  
MÉDICA SCTR**

Para ser llenado por la Empresa (Campos Obligatorios)

Primera Atención

Continuación de Tratamiento

Empresa

RUC

E-Mail

Teléfono

**1. Datos del Paciente**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	DNI	Fecha de Nacimiento
Cargo o Puesto de Trabajo del Paciente			Sexo	Edad

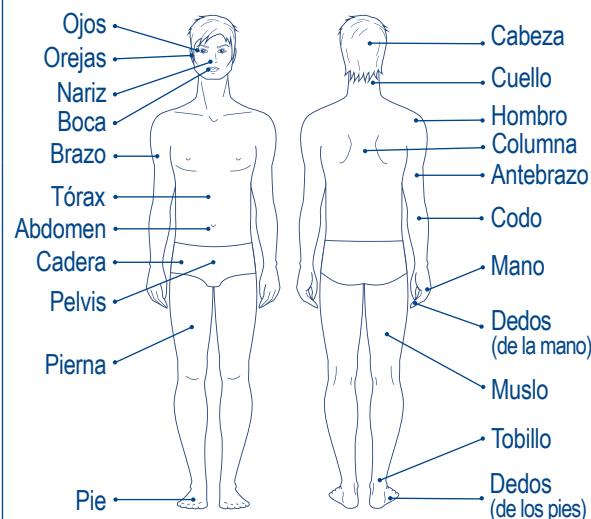
**2. Detalle del Accidente o de la Enfermedad Profesional**

Lugar de Ocurrencia	Fecha de Accidente	Hora de Accidente	En la labor habitual
Fuera de las instalaciones <input type="checkbox"/> Dentro de las instalaciones <input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Horas Extras <input type="checkbox"/>

**3. Tipo de Accidente**

Golpes <input type="checkbox"/>	Quemadura <input type="checkbox"/>	Sobre esfuerzo <input type="checkbox"/>	Calor <input type="checkbox"/>	Químicos <input type="checkbox"/>
Cortes <input type="checkbox"/>	Intoxicación <input type="checkbox"/>	Atropello <input type="checkbox"/>	Madera <input type="checkbox"/>	Metales <input type="checkbox"/>
Caídas <input type="checkbox"/>	Atrapamientos <input type="checkbox"/>	Exposición <input type="checkbox"/>	Eléctricos <input type="checkbox"/>	Herramienta Manual <input type="checkbox"/>
Contacto <input type="checkbox"/>	Choques <input type="checkbox"/>	Eventos <input type="checkbox"/>	Vidrio <input type="checkbox"/>	Escaleras <input type="checkbox"/>
Otro: _____	Otros: _____			

**5. Partes del cuerpo afectadas (marcar con un círculo)**



**6. Lesión o daño sufrido**

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

**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 La Positiva 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	Nombre del médico tratante	CMP	Fecha de la Atención
			____ / ____ / ____

Diagnóstico

CIE 10

1.	3.	
2.	4.	

**Indicación Médica y/o procedimiento realizado**

Atención  Hospitalización  Ambulatorio  Alta  Observación  Referencia  Muerte

Firma y Sello del Médico Tratante

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.

Copia Paciente

**SOLICITUD DE ATENCIÓN  
MÉDICA SCTR**

Para ser llenado por la Empresa (Campos Obligatorios)

Primera Atención

Continuación de Tratamiento

Empresa

RUC

E-Mail

Teléfono

**1. Datos del Paciente**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	DNI	Fecha de Nacimiento
Cargo o Puesto de Trabajo del Paciente			Sexo	Edad

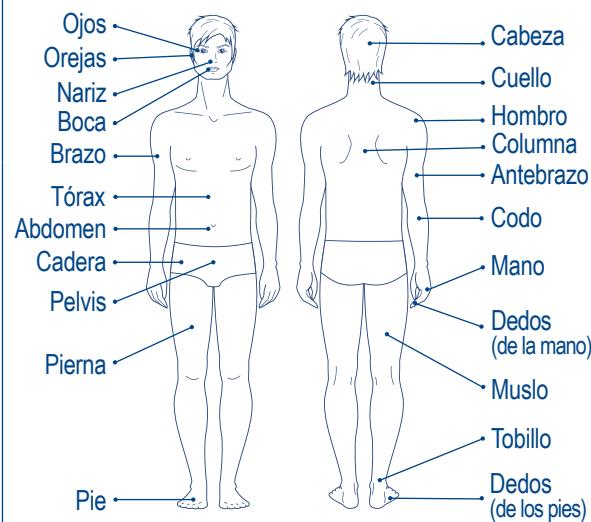
**2. Detalle del Accidente o de la Enfermedad Profesional**

Lugar de Ocurrencia	Fecha de Accidente	Hora de Accidente	En la labor habitual
Fuera de las instalaciones <input type="checkbox"/> Dentro de las instalaciones <input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Horas Extras <input type="checkbox"/>

**3. Tipo de Accidente**

Golpes <input type="checkbox"/>	Quemadura <input type="checkbox"/>	Sobre esfuerzo <input type="checkbox"/>	Calor <input type="checkbox"/>	Químicos <input type="checkbox"/>
Cortes <input type="checkbox"/>	Intoxicación <input type="checkbox"/>	Atropello <input type="checkbox"/>	Madera <input type="checkbox"/>	Metales <input type="checkbox"/>
Caídas <input type="checkbox"/>	Atrapamientos <input type="checkbox"/>	Exposición <input type="checkbox"/>	Eléctricos <input type="checkbox"/>	Herramienta Manual <input type="checkbox"/>
Contacto <input type="checkbox"/>	Choques <input type="checkbox"/>	Eventos <input type="checkbox"/>	Vidrio <input type="checkbox"/>	Escaleras <input type="checkbox"/>
Otro: _____	Otros: _____			

**5. Partes del cuerpo afectadas (marcar con un círculo)**



**6. Lesión o daño sufrido**

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

**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 La Positiva 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	Nombre del médico tratante	CMP	Fecha de la Atención
			____ / ____ / ____

Diagnóstico

CIE 10

1.	3.	
2.	4.	

**Indicación Médica y/o procedimiento realizado**

Atención  Hospitalización  Ambulatorio  Alta  Observación  Referencia  Muerte

Firma y Sello del Médico Tratante

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.

Copia Clínica