

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☐Dentro de las instalaciones☐

___/___/___

AM☐PM☐

Sí☐No☐
Horas Extras☐

3. Tipo de Accidente

Golpes☐

Quemadura☐

Sobre esfuerzo☐

Calor☐

Químicos☐

Cortes☐

Intoxicación☐

Atropello☐

Madera☐

Metales☐

Caídas☐

Atrapamientos☐

Exposición☐

Eléctricos☐

Herramienta Manual☐

Contacto☐

Choques☐

Eventos☐

Vidrio☐

Escaleras☐

Otro: _____

Otros: _____

4. Fuente o causa de la lesión

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

6. Lesión o daño sufrido

Ojos

Orejas

Nariz

Boca

Brazo

Tórax

Abdomen

Cadera

Pelvis

Pierna

Pie

Cabeza

Cuello

Hombro

Columna

Antebrazo

Codo

Mano

Dedos (de la mano)

Muslo

Tobillo

Dedos (de los pies)

Amputación☐

Contusión☐

Luxación☐

Quemaduras☐

Laceración☐

Pinchazo☐

Raspadura☐

Lesiones múltiples☐

Electrocución☐

Fractura☐

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 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 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

La Positiva S.A Entidad Prestadora de Salud

Calle Francisco Masías N° 370, San Isidro, Lima – Perú RUC.: 20601978572 Telf.: (511) 223-9600 / www.lapositiva.com.pe

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☐Dentro de las instalaciones☐

___/___/___

AM☐PM☐

Sí☐No☐
Horas Extras☐

3. Tipo de Accidente

Golpes☐

Quemadura☐

Sobre esfuerzo☐

Calor☐

Cortes☐

Intoxicación☐

Atropello☐

Madera☐

Caídas☐

Atrapamientos☐

Exposición☐

Eléctricos☐

Contacto☐

Choques☐

Eventos☐

Vidrio☐

Otros: _____

Químicos☐

Metales☐

Herramienta Manual☐

Escaleras☐

Otros: _____

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

Ojos

Orejas

Nariz

Boca

Brazo

Tórax

Abdomen

Cadera

Pelvis

Pierna

Pie

Cabeza

Cuello

Hombro

Columna

Antebrazo

Codo

Mano

Dedos (de la mano)

Muslo

Tobillo

Dedos (de los pies)

6. Lesión o daño sufrido

Amputación☐

Contusión☐

Luxación☐

Quemaduras☐

Laceración☐

Pinchazo☐

Raspadura☐

Lesiones múltiples☐

Electrocución☐

Fractura☐

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 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 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

La Positiva S.A Entidad Prestadora de Salud

Calle Francisco Masías N° 370, San Isidro, Lima – Perú RUC.: 20601978572 Telf.: (511) 223-9600 / www.lapositiva.com.pe