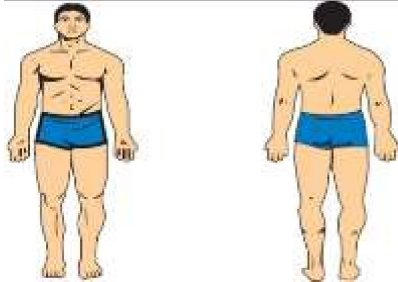


Primera Atención (emergencia) ☐

Continuación de Tratamiento ☐

Nó de solicitud de Atención médica 

<b>Información del trabajador accidentado</b>									
Nombre o razón social			RUC			Dirección			
Distrito		Provincia		Departamento		Teléfono		Fax	
Apellidos y nombres			Fecha de nacimiento		DNI		Edad		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Domicilio			Teléfono		Cargo		Área de trabajo		
<b>Detalle del accidente</b>									
Causa del accidente				Lugar del accidente					
Acto inseguro <input type="checkbox"/> Condición insegura <input type="checkbox"/>									
En labor habitual Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Horas extras <input type="checkbox"/>				Fecha del accidente				Hora	
Cómo ocurrió el accidente:						Fuente o causa de lesión			
						Calor <input type="checkbox"/> Químicos <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Metales <input type="checkbox"/> Eléctricos <input type="checkbox"/> Herramienta <input type="checkbox"/> Vidrio <input type="checkbox"/> Escaleras <input type="checkbox"/> manual Otros: <input type="text"/>			
Tipo de accidente						Lesión o daño referido			
Golpes <input type="checkbox"/> Caídas <input type="checkbox"/> Intoxicación <input type="checkbox"/> Sobre esfuerzo <input type="checkbox"/> Cortes <input type="checkbox"/> Quemaduras <input type="checkbox"/> Atrapamientos <input type="checkbox"/> Atropellamientos <input type="checkbox"/> Otros <input type="text"/>						Amputación <input type="checkbox"/> Pérdida de visión <input type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/> Quemadura <input type="checkbox"/> Electrocutión <input type="checkbox"/> Luxación <input type="checkbox"/> Raspadura <input type="checkbox"/> Lesiones múltiples <input type="checkbox"/> Contusión <input type="checkbox"/> Laceración <input type="checkbox"/> Envenenamiento <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Otros: <input type="text"/>			
Partes del cuerpo afectadas									
Dedos <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Pie <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Pierna <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/> Otros <input type="text"/>									
Apellidos y nombres del reportante			Carga						
Firma del reportante			Firma y sello del empleador						
<b>Para ser llenado por el médico tratante</b>									
Nombre del centro asistencial				RUC			Fecha de atención		
Nombre del médico tratante				DNI		CMP		Teléfono	
Diagnóstico(s)								CIE 10	
Atención Hospitalización <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Hospitalización Servicio Cuarto <input type="checkbox"/> Intervención quirúrgica Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
Indicación médica y/o procedimiento realizado									
Interconsultas									
Fecha		Especialidad				Procedimiento			
Requiere medicina física o rehabilitación Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Número de sesiones		Tipo de terapia			Tiempo		
Requiere tratamiento quirúrgico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Especificar							
Requiere aparatos ortopédicos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Especificar							
Pronóstico Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Incapacidad temporal Incapacidad permanente <input type="checkbox"/>				Tiempo de tratamiento					
Necesita ser trasladado al centro asistencial Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Especificar			Firma y sello del médico tratante		

**Esta ficha debe ser llenada total y correctamente, con letra legible (imprenta) en todas sus secciones por los responsables respectivos**
**PARA EL EMPLEADOR**  
ORIGINAL BLANCO

Primera Atención (emergencia) ☐

Continuación de Tratamiento ☐

Nó 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Domicilio	Teléfono	Cargo	Área de trabajo		

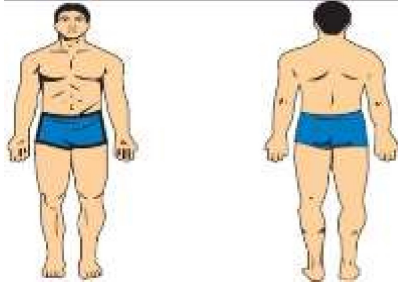
**Detalle del accidente**

Causa del accidente	Lugar del accidente
Acto inseguro <input type="checkbox"/> Condición insegura <input type="checkbox"/>	

En labor habitual	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Horas extras <input type="checkbox"/>	Fecha del accidente	Hora
-------------------	---	---------------------	------

Cómo ocurrió el accidente:	Fuente o causa de lesión
	Calor <input type="checkbox"/> Químicos <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/>
	Metales <input type="checkbox"/> Eléctricos <input type="checkbox"/> Herramienta <input type="checkbox"/>
	Vidrio <input type="checkbox"/> Escaleras <input type="checkbox"/> manual Otros: <input type="checkbox"/>

Tipo de accidente	Lesión o daño referido
Golpes <input type="checkbox"/> Caídas <input type="checkbox"/> Intoxicación <input type="checkbox"/> Sobre esfuerzo <input type="checkbox"/>	Amputación <input type="checkbox"/> Pérdida de visión <input type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/>
Cortes <input type="checkbox"/> Quemaduras <input type="checkbox"/> Atrapamientos <input type="checkbox"/> Atropellamientos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	Quemadura <input type="checkbox"/> Electrocución <input type="checkbox"/> Luxación <input type="checkbox"/>
	Raspadura <input type="checkbox"/> Lesiones múltiples <input type="checkbox"/> Contusión <input type="checkbox"/>
	Laceración <input type="checkbox"/> Envenenamiento <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/>
	Otros: <input type="checkbox"/>

Partes del cuerpo afectadas	
Dedos <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Pie <input type="checkbox"/>	
Cabeza <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Pierna <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/>	
Otros <input type="checkbox"/>	
Apellidos y nombres del reportante	
Cargo	
Firma del reportante	Firma y sello del empleador

**Para ser llenado por el médico tratante**

Nombre del centro asistencial	RUC	Fecha de atención
-------------------------------	-----	-------------------

Nombre del médico tratante	DNI	CMP	Teléfono
----------------------------	-----	-----	----------

Diagnóstico(s)	CIE 10
----------------	--------

Atención	Hospitalización <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>	Hospitalización Servicio	Cuarto <input type="checkbox"/>	Intervención quirúrgica
Observación <input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/>				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Indicación médica y/o procedimiento realizado
---

Interconsultas
----------------

Fecha	Especialidad	Procedimiento
-------	--------------	---------------

Requiere medicina física o rehabilitación	Número de sesiones	Tipo de terapia	Tiempo
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

Requiere tratamiento quirúrgico	Especificar
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Requiere aparatos ortopédicos	Especificar
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Pronóstico	Incapacidad temporal	Incapacidad permanente <input type="checkbox"/>	Tiempo de tratamiento
Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/>			

Necesita ser trasladado al centro asistencial	Especificar	Firma y sello del médico tratante
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

**Esta ficha debe ser llenada total y correctamente, con letra legible (imprenta) en todas sus secciones por los responsables respectivos**