

Primera Atención (emergencia)
Continuación de Tratamiento
Node solicitud de Atención médica

Nombre o razón social		RUC	Dirección	
Distrito	Provincia	Departamento	Teléfono	Fax

Información del trabajador accidentado

Apellidos y nombres		Fecha de nacimiento	DNI	Edad	Sexo
---------------------	--	---------------------	-----	------	------

 M F

Domicilio	Teléfono	Cargo	Área de trabajo
-----------	----------	-------	-----------------

Detalle del accidente

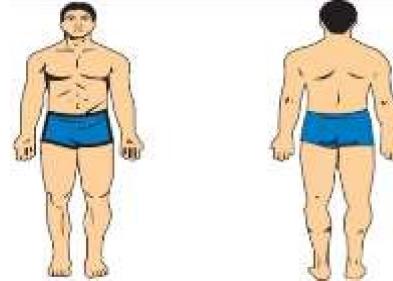
Causa del accidente	Lugar del accidente
---------------------	---------------------

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 <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/>				
	Lesión o daño referido				
	Amputación <input type="checkbox"/> Pérdida de visión <input type="checkbox"/> Fractura <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"/>				
Tipo de accidente					
Golpes <input type="checkbox"/> Cortes <input type="checkbox"/>	Cádas <input type="checkbox"/> Quemaduras <input type="checkbox"/>	Intoxicación <input type="checkbox"/> Atrapamientos <input type="checkbox"/>	Sobre esfuerzo <input type="checkbox"/> Atropellamientos <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	

Partes del cuerpo afectadas			
Dedos <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	Mano <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/>	Brazo <input type="checkbox"/> Pierna <input type="checkbox"/> Ojos <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
----------	--	--------------------------------------	-------------------------------	-----------------	----------	---------------------------------	-------------------------

Si No

Observación <input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Muerte <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"/>	Espesificar		
--	-------------	--	--

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

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

Necesitas trasladado a otro 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 (impresa) en todas sus secciones por los responsables respectivos
PARA EL EMPLEADOR
ORIGINAL BLANCO

Primera Atención (emergencia)
Continuación de Tratamiento
Node solicitud de Atención médica
Información de la empresa

Nombre o razón social	RUC	Dirección
Distrito	Provincia	Departamento

Información del trabajador accidentado

Apellidos y nombres	Fecha de nacimiento	DNI	Edad	Sexo
---------------------	---------------------	-----	------	------

 M F

Domicilio	Teléfono	Cargo	Área de trabajo
-----------	----------	-------	-----------------

Detalle del accidente

Causa del accidente	Lugar del accidente
---------------------	---------------------

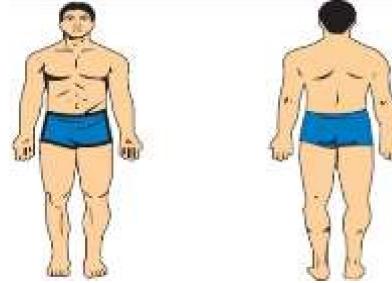
Acto inseguro <input type="checkbox"/>	Condición insegura <input type="checkbox"/>
--	---

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 <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/>

Tipo de accidente	Lesión o daño referido
Golpes <input type="checkbox"/>	Amputación <input type="checkbox"/> Pérdida de visión <input type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/>
Cortes <input type="checkbox"/>	Quemadura <input type="checkbox"/> Electrocución <input type="checkbox"/> Luxación <input type="checkbox"/>
	Raspadura <input type="checkbox"/> Lesiones múltiples <input type="checkbox"/>
Cádidas <input type="checkbox"/>	Laceración <input type="checkbox"/> Envenenamiento <input type="checkbox"/>
Quemaduras <input type="checkbox"/>	Otros: <input type="checkbox"/>
Intoxicación <input type="checkbox"/>	
Atrapamientos <input type="checkbox"/>	
Sobre esfuerzo <input type="checkbox"/>	
Atropellamientos <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 <input type="checkbox"/>	Intervención quirúrgica <input type="checkbox"/>
Observación	Observación <input type="checkbox"/>	Referencia <input type="checkbox"/>	Muerte <input type="checkbox"/>	Servicio <input type="checkbox"/>	Cuarto <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"/>	Espesificar		
--	-------------	--	--

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
---	----------------------	---	-----------------------

Necesitas trasladado a otro 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 (impresa) en todas sus secciones por los responsables respectivos
PARA LA CLÍNICA
COPIA ROSADA