

IV.- DATOS SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO

55.- Fecha:

D	M	A		

56.- Hora:

HRS	MIN		

57.- Turno:

1 Mañana	2 Tarde
3 Noche	

58.- Lugar del Accidente (describir)

59.- Trabajo que realizaba al momento de ocurrir el accidente (describir)

60.- Manera en que se produjo el accidente (describir)

Codificar según tablas: (Que se describen en la guía metodológica)

61.- Forma de accidente:	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;">Tabla N° 03</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>	Tabla N° 03			Otros (describir)	<hr/>	
Tabla N° 03							
62.- Agente causante:	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;">Tabla N° 04</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>	Tabla N° 04			Otros (describir)	<hr/>	
Tabla N° 04							
63.- Parte del cuerpo lesionada:	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;">Tabla N° 05</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>	Tabla N° 05				Otros (describir)	<hr/>
Tabla N° 05							
64.- Naturaleza de la lesión:	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;">Tabla N° 06</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>	Tabla N° 06			Otros (describir)	<hr/>	
Tabla N° 06							

V.- CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE (Ver guía metodológica)

65.- Accidente leve

66.- Accidente Incapacitante:

66.1- Parcial temporal

66.2- Parcial permanente

66.3- Total temporal

66.4- Total permanente

67.- Accidente mortal

VI.- CONSTATACIONES DEL CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST)

68.- La empresa empleadora está inscrita en el registro de entidades que desarrollan actividades de alto riesgo del MTPE?	SI	NO		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
69.- La empresa ha contratado la póliza del SCTR con cobertura Salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI	NO
			Pagó la prima al día <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70.- La empresa ha contratado la póliza del SCTR con cobertura Invalidez y Sobrevivencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pagó la prima al día <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71.- La empresa ha adoptado medidas de seguridad en el lugar del accidente?	SI	NO		
	1.- Total <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	2.- Parcial <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

OBSERVACIONES
