

N°

DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR

Antes de registrar los datos lea las instrucciones al reverso

FISCAL O

MUNICIPAL = 1

PARTICULAR = 2

A. INDIVIDUALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		CIUDAD	COMUNA
CURSO	HORARIO	FECHA REGISTRO de los DATOS DIA MES AÑO	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SEXO M = 1 F = 2
			AÑO NACIMIENTO EDAD

RESIDENCIA HABITUAL:

CALLE	NUMERO	POBLACION/VILLA	COMUNA	CIUDAD	CODIF. COM.
-------	--------	-----------------	--------	--------	-------------

C. INFORME SOBRE EL ACCIDENTE (FECHA, HORA Y DIA DE LA SEMANA EN QUE SE ACCIDENTO)

HORA	MIN.	AÑO	MES	DIA	TESTIGOS: (EN CASO DE TRAYECTO)
DIA ACCIDENTE LUNES = 1 MARTES = 2 MIERCOLES = 3 JUEVES = 4 VIERNES = 5 SABADO = 6 DOMINGO = 7		ACCIDENTE: DE TRAYECTO = 1 EN LA ESCUELA = 2		a) _____ NOMBRE - APELLIDO C. NAC. DE ID.	
				b) _____ NOMBRE - APELLIDO C. NAC. DE ID.	

CIRCUNSTANCIA DEL ACCIDENTE (DESCRIBA COMO OCURRIO - CAUSAL)

FIRMA Y TIMBRE

RECTOR O REPRESENTANTE

D. NATURALEZA Y CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE

ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL		CODIGO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - ESTABLEC. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
DIAGNOSTICO MEDICO			
PARTE DEL CUERPO AFECTADA	HOSPITALIZACION SI = 1 NO = 2	TOTAL DIAS HOSP.	INCAPACIDAD SI = 1 NO = 2
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIPO DE INCAPACIDAD	CAUSA DE CIERRE DEL CASO	FECHA CIERRE DEL CASO	
LEVE = 1 TEMPORAL = 2 INVALIDEZ PARCIAL = 3 INVALIDEZ TOTAL = 4 GRAN INVALIDEZ = 5 MUERTE = 6	ALTA MEDICA = 1 INVALIDEZ = 2 ABANDONO DE TRATAMIENTO = 3 MUERTE = 4	AÑO MES DIA	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FIRMA DEL ESTADISTICO			