



## DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR

N°

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	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; font-size: small;">FECHA REGISTRO de los DATOS</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; text-align: center;">DIA</td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; text-align: center;">MES</td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; text-align: center;">AÑO</td> </tr> </table>	FECHA REGISTRO de los DATOS			DIA	MES	AÑO
FECHA REGISTRO de los DATOS								
DIA	MES	AÑO						
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES						
		SEXO M = 1 <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> F = 2 <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>						
		AÑO NACIMIENTO <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> EDAD <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>						

### 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	<b>TESTIGOS: (EN CASO DE TRAYECTO)</b>

DIA ACCIDENTE: LUNES = 1, MARTES = 2, MIERCOLES = 3, JUEVES = 4, VIERNES = 5, SABADO = 6, DOMINGO = 7

ACCIDENTE: DE TRAYECTO = 1  a) \_\_\_\_\_ NOMBRE - APELLIDO C. NAC. DE ID. \_\_\_\_\_  
 EN LA ESCUELA = 2  b) \_\_\_\_\_ NOMBRE - APELLIDO C. NAC. DE ID. \_\_\_\_\_

### CIRCUNSTANCIA DEL ACCIDENTE (DESCRIBA COMO OCURRIO - CAUSAL)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



### D. NATURALEZA Y CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE

	S S	ESTABLEC.
ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL	CODIGO	- <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
DIAGNOSTICO MEDICO		
PARTE DEL CUERPO AFECTADA	HOSPITALIZACION SI = 1 <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> NO = 2 <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	TOTAL DIAS HOSP. <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
	INCAPACIDAD SI = 1 <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> NO = 2 <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	TOTAL DIAS INCAPACIDAD <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
TIPO DE INCAPACIDAD	CAUSA DE CIERRE DEL CASO	FECHA CIERRE DEL CASO
LEVE = 1 <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	ALTA MEDICA = 1 <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	
TEMPORAL = 2 <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	INVALIDEZ = 2 <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	
INVALIDEZ PARCIAL = 3 <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	ABANDONO DE TRATAMIENTO = 3 <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	
INVALIDEZ TOTAL = 4 <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	MUERTE = 4 <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	
GRAN INVALIDEZ = 5 <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>		
MUERTE = 6 <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>		

FIRMA DEL ESTADISTICO \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DEL FORMULARIO 0374-3****DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR N° \_\_\_\_\_**

Se llevará una numeración correlativa anual del Establecimiento. De igual forma lo hará el Servicio de Salud, Servicio Delegado, Caja de Previsión o Mutual desde el 1 de Enero al 31 de Diciembre de cada año.

**A. INDIVIDUALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO**

- Anotar el nombre del Establecimiento Educacional, la ciudad en que está ubicado y la comuna a que pertenece.
- Anotar en el cuadro el número 1 si el Establecimiento es fiscal o municipal, y un 2 si es particular.
- Indicar el curso. Nivel de Enseñanza (Básico, Medio, Universitario) y Horario de clases (Diurno, Vespertino, Nocturno)
- Señalar fecha en que se registraron los datos (Día, Mes, Año)

**B. INDIVIDUALIZACION DEL ACCIDENTADO**

- Nombre: Indicar Apellido Paterno, Materno y Nombres del Accidentado.
- Sexo: Marque en el cuadro con un 1 si es masculino o un 2 si es femenino.
- Año de Nacimiento: Señale los dos últimos dígitos del año de nacimiento del accidentado.
- Edad: Anote los años cumplidos a la fecha del accidente.
- Residencia Habitual: Indicar el domicilio del accidentado: Calle, Número, Población o Villa, Comuna, Ciudad.

**C. INFORME SOBRE EL ACCIDENTE**

- Señale la Hora y Minutos. Año, Mes y Día en que se produjo el Accidente, en los recuadros correspondientes.
- Día accidente: Anotar en el recuadro el número que corresponda al día de la semana en que se produjo el accidente.
- Accidente: Anotar en el recuadro un 1 si el accidente fue trayecto o 2 si fue en la Escuela.
- En caso de ser accidente de trayecto, señale a dos testigos (a, b) con sus respectivos números de Cédula de Identidad.
- Circunstancias del Accidente: Precise el sitio y anote si se debió a golpe con o por; golpe contra, caída a diferentes niveles, contactos con, atrapamientos, debido a exposición, sobreesfuerzo, u otros.
- Firma y timbre del rector o representante del establecimiento educacional, EVITANDO TAPAR CASILLEROS DE CODIFICACION O DATOS CONSIGNADOS

**Para ser llenado por Establecimiento Asistencial.**

**D. NATURALEZA Y CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE**

- Establecimiento Asistencial: Indica el Nombre del Establecimiento
- Código del Servicio: Anotar el número del Servicio de Salud al que pertenece, y el código del Establecimiento. (Ejemplo: Hospital Curicó se codifica 16-100)
- Diagnóstico Médico: Anote todos los diagnósticos consignados por el Médico tratante que tenga relación con la Actividad del Accidentado.
- Codificación: CODIFICAR EL DIAGNÓSTICO
- Parte del cuerpo afectada: De responsabilidad del Médico tratante, anotar parte del cuerpo afectado
- Hospitalización: Anotar en el cuadro un 1 si se hospitalizó el accidentado o un 2 si No se hospitaliza
- Total días Hosp.: Si hospitalización fue = 1 anotar en recuadros, el número de días de hospitalización. Para calcular TOTAL DIAS HOSP., se debe sacar la diferencia entre fecha de Egreso y fecha de Ingreso al hospital
- Incapacidad: Anotar en el recuadro 1 si estuvo Incapacitado el accidente o un 2 en caso contrario
- Total Días Incapacidad: Si Incapacidad fue = 1 anotar en el recuadro el número de días de incapacidad otorgados por el médico
- Tipo de Incapacidad: En el recuadro coloque el número que corresponda al tipo de Incapacidad
- Causa de Cierre del Caso: En el recuadro coloque el número que corresponda a la causa de cierre del Caso
- Fecha de Cierre del Caso: Coloque en los recuadros correspondientes DIA, MES Y AÑO en que se cerró el Caso
- Firma del estadístico para conformidad de los datos, EVITANDO TAPRA CASILLEROS DE CODIFICACION O DATOS CONSIGNADOS.