

PROCEDIMIENTO Y PROTOCOLO ESTUDIANTES EN PRÁCTICA SEGURO ESCOLAR

Esta norma tiene como objetivo facilitar el proceder de los docentes de práctica profesional, ante la eventualidad de que se produzca un accidente en un estudiante en práctica, durante sus pasadas en los respectivos centros.

Es importante definir, Ley 16.744 Art.3°, dispone que estarán protegidos todos los estudiantes de establecimientos fiscales o particulares por los accidentes que sufran con ocasión de sus estudios, o en la realización de su práctica profesional, desde el momento que se matriculan.

DECRETO SUPREMO N° 313

Un “Accidente Estudiantil” Para los efectos de este decreto se entenderá por accidente toda lesión que un estudiante sufra a causa o con ocasión de sus estudios, o de la realización de su práctica profesional o educacional, y que le produzca incapacidad o muerte.

COBERTURA DEL SEGURO SOCIAL ESCOLAR

El seguro cubre el 100% de los gastos y los beneficios se reciben en el sistema público de salud (Hospitales, SAPU, urgencias de CESFAM). Si concurre a una clínica u hospital privado, aun cuando sea para recibir primera atención de urgencia, se provocará la pérdida automática de los beneficios del seguro, salvo en caso de riesgo vital, donde opera la ley de urgencia.

COMO ACCEDER AL SEGURO ESCOLAR PASOS A SEGUIR

1. El o la estudiante debe notificar de inmediato a su profesor guía.
2. El profesor guía, debe **realizar la documentación** necesaria para **activar el seguro escolar**. La cual corresponde a dejar registro escrito en documentos 4 copias en total, 3 copias para el alumno y una quedara de registro para el profesor guía.
3. Luego de iniciado el procedimiento regular, el profesor guía, debe informar telefónicamente a la Coordinadora de Práctica Profesionales o al Director/a del Dpto. de la carrera de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, de la situación ocurrida con el fin de realizar seguimiento.

4. El estudiante deberá **acudir de forma inmediata** con los **3 documentos al sistema público** de salud (Hospitales, SAPU, urgencias de CESFAM). En caso de rechazo de documentación y derivación a sistema de salud público, deberá él o la estudiante dejar esto por escrito.
5. La acción, indicación y tratamiento del sistema de salud de urgencia, son exclusivamente responsabilidad de los profesionales del servicio. No presenta ninguna responsabilidad la Universidad Metropolitana de la Ciencias de la Educación.

En caso de que el profesor guía no se encuentre presente para activar y llenar los documentos del Seguro Escolar, el o la estudiante debe seguir las siguientes indicaciones.

1. Debe **dirigirse al servicio de urgencia más cercano**. Es fundamental que el estudiante exprese en la atención de urgencia, que corresponde a un Accidente Estudiantil, y que es alumno/a regular de la Universidad.
2. En un **plazo máximo de 24 horas**, se debe completar el formulario y hacer llegar al servicio donde fue atendido.
3. El profesor guía entregará instrucciones de cómo hará llegar la documentación o donde se debe dirigir el o la estudiante para la documentación respectiva. Entre las cuales pueden ser, dirigirse al Centro de Salud Estudiantil campus Macul o box de primeros auxilios campus Joaquín Cabezas en los horarios correspondiente de atención, donde se llenará el formulario correspondiente (“Declaración Individual del Accidente Escolar,” con los datos personales y del accidente).

Nota a considerar:

Si el centro donde se esté realizando la práctica profesional tiene una normativa ya desarrollada para este tipo de accidentes y que cubre los accidentes a estudiantes en práctica de forma gratuita. De acuerdo con esto, los pasos a seguir podrían ser diferentes y en que se informará al inicio de su práctica profesional.



UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN

El Centro de Salud Estudiantil mediante el cual se avise de la situación ocurrida junto a la Coordinadora de la Práctica Clínica, deberán realizar seguimiento al estudiante accidentado y notificar informar a su Profesor Guía el reintegro del o la estudiante a la práctica clínica.

Los **teléfonos para comunicarse** con la Dirección del Dpto. de la carrera de la Universidad son:

- +56222329505** Dirección Dpto. de Kinesiología Klgo. Antonio López
- +56222329507** Secretaría Académica Dpto. de Kinesiología Klgo. Mauricio Venegas
- +56222329506** Secretaria Sra. Emaly Silva

Cualquier consulta escribir a marcela.lepe@umce.cl

Marcela Lepe Leiva.

Coordinadora de Práctica.

Departamento de Kinesiología

+56222329511

Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación.

Fuente de documento

https://www.isl.gob.cl/wp-content/uploads/2014/03/Declaracion_Individual_Accidente_Escolar.pdf

Colaboración en la elaboración de protocolo:

Giselle Camiruaga Muñoz – Enfermera directora técnica CSE.

Francisco Castañeda Vásquez – Prevencionista de riesgo



DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR

N°

Antes de registrar los datos lee 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 _____

SEXO
M = 1 F = 2

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRES _____

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
MIÉRCOLES = 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 OCURRIÓ - CAUSAL)

FIRMA Y TIMBRE

RECTOR O REPRESENTANTE

D. NATURALEZA Y CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE

ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL _____ CODIGO ESTABLEC. _____

DIAGNOSTICO MEDICO _____

HOSPITALIZACION TOTAL DIAS HOSP. INCAPACIDAD TOTAL DIAS INCAPACIDAD
SI = 1 NO = 2 SI = 1 NO = 2

PARTE DEL CUERPO AFECTADA _____

TIPO DE INCAPACIDAD CAUSA DE CIERRE DEL CASO FECHA CIERRE DEL CASO
LEVE = 1 ALTA MEDICA = 1
TEMPORAL = 2 INVALIDEZ = 2
INVALIDEZ PARCIAL = 3 ABANDONO DE TRATAMIENTO = 3
INVALIDEZ TOTAL = 4
GRAN INVALIDEZ = 5 MUERTE = 4
MUERTE = 6

ANNO MES DIA _____

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 TAPAR CASILLEROS DE CODIFICACION O DATOS CONSIGNADOS.