

**FORMULARIO DECLARACION ACCIDENTE CORTOPUNZANTE
CARRERAS AREA SALUD**

A. INDIVIDUALIZACION DEL ACCIDENTADO

FECHA:

HORA:

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

CARRERA

EDAD

INMUNIZACION PREVIA

Vacuna Hepatitis B

Nº de dosis

Fecha última dosis

B. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

FECHA EN QUE OCURRE

HORA EN QUE OCURRE

SITIO ANATOMICO

CIRCUNSTANCIA DEL ACCIDENTE (DESCRIBA COMO OCURRIO)

CLASIFICACION DEL ACCIDENTE

SIN RIESGO

CON RIESGO

DERIVACION AL ALUMNO

ACOMPAÑADO

SI

NO

C. PROFESIONAL QUE ELABORA EL INFORME

NOMBRE

CARGO

FIRMA

CENTRO DE PRÁCTICA

D. OBSERVACIONES
