

Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional

POR FAVOR COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA CLARA Y LEGIBLE.



DATOS A COMPLETAR POR EL EMPLEADOR

N° Contrato	Nivel de autoevaluación			<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>							
Razón Social											
CUIT	Domicilio			Localidad							
Provincia	Código Postal	Teléfono	Fax								
Razón Social del establecimiento en que ocurrió la contingencia											
Actividad				Nivel de autoevaluación							
Domicilio				Localidad							
Provincia	Código Postal	TeleFax									

NO COMPLETAR - USO INTERNO

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre			Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
CUIL	DNI/LC/LE/CI		Fecha de Nac.		
Estado Civil S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Nacionalidad				
Domicilio			Localidad		
Provincia	Código Postal	Telefax			
Puesto de trabajo habitual			Sección		
Puesto de trabajo en el momento del siniestro			Fecha de ingreso a la empresa		
Antigüedad en el puesto	Ingreso base	Turno habitual Fijo <input type="checkbox"/> Rotativo <input type="checkbox"/>			
Horario habitual [] a [] hs [] a [] hs	Accidente De trabajo <input type="checkbox"/> In itinere <input type="checkbox"/> Enfermedad profesional <input type="checkbox"/>				
*Fecha y hora del siniestro [] hs	Horario de la jornada [] a [] hs [] a [] hs				

*En enfermedad profesional colocar fecha de la 1ra manifestación

Breve descripción del siniestro		Lesiones sufridas			
Forma del Accidente TABLA 1 (ver al dorso)	Agente causante del hecho TABLA 2 (ver al dorso)	Naturaleza de la lesión TABLA 3 (ver al dorso)	Zona afectada TABLA 4 (ver al dorso)		
Mano hábil Der. <input type="checkbox"/> Izq. <input type="checkbox"/>	Accidente In itinere SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Denuncia policial SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		N° de denuncia
Comisaría	Primer auxilio médico		MP o MN		
Establecimiento asistencial			Telefax		
Domicilio	Localidad	Provincia			

DATOS DE LOS TESTIGOS

Apellido y Nombre		Apellido y Nombre	
DNI		DNI	
Domicilio, Localidad		Domicilio, Localidad	
Prestador (al que fue derivado el damnificado)			Telefax
Domicilio		Localidad	Provincia
Firma	Aclaración	DNI	



TABLAS DE REFERENCIA

Tabla N° 1

Forma de Accidente (Res. SRT 31197)

- 01 - Caída de personas a nivel
- 02 - Caída de personas de altura
- 03 - Caída de personas al agua
- 04 - Caída de objetos
- 05 - Derrumbes o desplome de Instalaciones
- 06 - Pisada sobre objetos
- 07 - Choque contra objetos
- 08 - Golpes por objetos (excepto caídas)
- 09 - Aprisionamiento o Atrapamiento
- 10 - Esfuerzo físico excesivo o falsos movimientos
- 11 - Exposición a frío
- 12 - Exposición a calor
- 13 - Exposición a radiaciones ionizantes
- 14 - Exposición a radiaciones no ionizantes
- 15 - Exposición a productos químicos
- 16 - Contacto con electricidad
- 17 - Contacto con productos químicos
- 18 - Contacto con fuego
- 19 - Contacto con materiales calientes o incandescentes
- 20 - Contacto con frío
- 21 - Contacto con calor
- 22 - Explosión o implosión
- 23 - Incendio
- 24 - Atropellamiento por animales
- 25 - Mordeduras por animales
- 26 - Choque de vehículos
- 27 - Atropellamientos por vehículo
- 28 - Fallas en mecanismos para trabajos hiperbáricos
- 29 - Agresión con armas
- 99 - Otras formas (elaborar informe especial)

Tabla N° 2

Agente causante (Res. SRT 31197)

- 001 Elementos edilicios del Ambiente de Trabajo (pisos, paredes, techo, escaleras, rampas, pasarelas, aberturas, puertas, portones, persianas, ventanas, otros)
- 010 Instalaciones complementarias del ambiente de Trabajo (tubos de ventilación, cañería de gas, de aire, de agua, de electricidad, de materias primas o productos, de desagües, rejillas, estanterías, vehículos o medio de transporte en general)
- 020 Materiales y/o elementos utilizados en el trabajo (matrices, paralelas, bancos de trabajo, recipientes, andamios, archivos, escritorios, asientos en general, muebles en general, materias primas, productos elaborados, otros)
- 030 Factores externos al ambiente de trabajo (todo elemento o factor influyente en la vía pública o en ámbitos cerrados con exclusión del lugar de trabajo.
Ej.: vehículos, carteles, marquesinas, animales, armas, muebles, etc.
- 040 Agentes químicos señalados en el Listado de Enfermedades Profesionales (Decreto 658/96)
- 050 Agentes químicos no señalados en el Listado de Enfermedades Profesionales (Decreto 658/96)
- 060 Agentes biológicos señalados en el Listado de Enfermedades Profesionales (Decreto 658/96)
- 069 Factores biológicos (excepto los Agentes mencionados en el Listado de Enfermedades Profesionales)
- 070 Agentes biológicos no señalados en el Listado de Enfermedades Profesionales (Decreto 658/96)
- 080 Factores termohidrométricos (temperaturas extremas, humedad, presión, otros)
- 090 Factores físicos (agua, fuego, ruido, iluminación, otros)

Tabla N° 3

Naturaleza de la lesión (Res. SRT 31/97)

- 01 - Escoriaciones
- 02 - Heridas punzantes
- 03 - Heridas cortantes
- 04 - Heridas contuso/anfractuosa
- 05 - Heridas de bala
- 06 - Pérdida de tejidos
- 07 - Contusiones
- 08 - Traumatismos internos
- 09 - Torceduras y esguinces
- 10 - Luxaciones
- 11 - Fracturas
- 12 - Amputaciones
- 13 - Gangrenas
- 14 - Quemaduras
- 15 - Cuerpo extraño en ojos
- 16 - Eucleación ocular
- 17 - Intoxicaciones
- 18 - Asfixia
- 19 - Efectos de la electricidad
- 20 - Efectos de las radiaciones
- 21 - Disfunciones orgánicas (Elaborar informe especial)
- 99 - Otros (Elaborar informe especial)

Tabla N°4

Zona Cuerpo (Res. SRT 31197)

- 001 Región craneana (cráneo, cuero cabelludo)
- 002 Ojos (con inclusión de los párpados, la órbita y del nervio óptico)
- 006 Boca (con inclusión de labios, dientes y lengua)
- 009 Cara (ubicación no clasificada en otros epígrafes)
- 010 Nariz y senos paranasales
- 015 Cabeza, ubicaciones múltiples
- 016 Cuello
- 020 Región cervical (columna vertebral y músculos adyacentes)
- 021 Región dorsal (columna vertebral y músculos adyacentes)
- 022 Región lumbosacra (columna vertebral y músculos adyacentes)
- 023 Tórax (costillas, esternón)
- 024 Abdomen (pared abdominal)
- 025 Pelvis
- 029 Tronco, ubicaciones múltiples
- 030 Hombro (con inclusión de clavícula, omóplato y axila)
- 031 Brazo
- 032 Codo
- 033 Antebrazo
- 034 Muñeca
- 035 Mano (con excepción de los dedos solos)
- 036 Dedos de las manos
- 039 Miembro superior, ubicaciones múltiples
- 040 Cadera
- 041 Muslo
- 042 Rodilla
- 043 Pierna
- 044 Tobillo
- 045 Pie (con excepción de los dedos solos)
- 046 Dedos de los pies
- 049 Miembro inferior, ubicaciones múltiples (Elaborar informe especial)
- 050 Aparato cardiovascular en general
- 070 Aparato respiratorio en general
- 080 Aparato digestivo en general
- 100 Sistema nervioso en general
- 133 Mamas
- 134 Aparato genital en general
- 135 Aparato urinario en general
- 140 Sistema Hematopoyético en general
- 150 Sistema Endócrino en general
- 160 Piel (sólo afecciones dérmicas)
- 180 Aparato Psíquico en general
- 181 Ubicaciones múltiples (compromiso de dos o más zonas afectadas especificadas en la tabla)