

EMPLEADOR							
Nombre de la Empresa		CUIT - -		Contrato N°		CIU	
Domicilio			Localidad		Provincia		
C.P.		Tel		Fax		E-mail	
Nombre del establecimiento de ocurrencia del accidente o detección de la enfermedad profesional							
Código Establecimiento		CIU		Empresa subcontratada SI - NO		CUIT ocurrencia o detección - -	
Domicilio		Localidad		Pcia. de ocurrencia o detección		CP	

DATOS DEL TRABAJADOR							
Apellido y Nombre					Tipo y N° de Documento		
C.U.I.L. - -		Nacionalidad		Tel		Fecha de nacimiento / / Sexo M - F	
Domicilio		Localidad		Provincia		C.P.	
Estado civil							
<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Unión Hecho		
Fecha de Ing. en la empresa / /		Fecha de Ing. al establecimiento / /		Turno de trabajo habitual: Fijo <input type="checkbox"/> Rotativo <input type="checkbox"/>			
Jornada Habitual (Desde/Hasta)			Situación contractual		Fecha último examen periódico / /		
Obra Social		Reparto <input type="checkbox"/> Capitalización <input type="checkbox"/>		A.F.J.P.:			
Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de Enfermedad Profesional					Antigüedad		
Puesto de trabajo anterior					Antigüedad		

INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO							
ACCIDENTE DE TRABAJO <input type="checkbox"/>				ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/>			
En el trabajo <input type="checkbox"/>		En otro centro o lugar de trabajo <input type="checkbox"/>		Al ir o al volver del trabajo <input type="checkbox"/>		Desplazamiento en día laboral <input type="checkbox"/>	
Otro <input type="checkbox"/>							

ACCIDENTE DE TRABAJO							
Fecha...../...../.....		Horario de la jornada el día del accidente.....				Hora Accidente.....	
Fecha de inicio de la inasistencia laboral...../...../.....		Realizaba una tarea habitual al accidentarse SI - NO					
Descripción del Accidente y sus consecuencias:.....							
Agente Material Asociado <input type="checkbox"/>		Diagnóstico		1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>	
Forma del Accidente <input type="checkbox"/>		Naturaleza de la lesión		1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>	
		Zona del Cuerpo Afectada		1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>	
				3 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>	

ENFERMEDAD PROFESIONAL						
	Descripción de la EP	Agente Material Asociado (ver tabla)	Zona del cuerpo afectada	Tiempo de exposición al agente	Fecha de diagnóstico	Fecha de inicio de la inasistencia laboral
Agente Causante 1 (ver tabla)	Diagnóstico 1					
	Diagnóstico 2					
	Diagnóstico 3					
Agente Causante 2 (ver tabla)	Diagnóstico 1					
	Diagnóstico 2					
	Diagnóstico 3					
Agente Causante 3 (ver tabla)	Diagnóstico 1					
	Diagnóstico 2					
	Diagnóstico 3					

LA ENFERMEDAD SE DETECTÓ EN (Códigos de Detección de la Enfermedad):							
Examen Preocupacional	P	Ausencia prolongada	A	Sanatorio Privado	N	Peritaje Judicial	J
Examen Periódico	R	Transferencia de puesto de trabajo	T	Hospital Público	H	Comisión Médica	S
Examen de Egreso	E	Obra Social	O	Consulta en Ámb. Púb. no Hospit.	M	Prestación ART	B

Centro Asistencial.....Domicilio.....

Localidad.....Provincia.....C.P.....Tel.....

Accidente in itinere..... Denuncia policial N°.....(Adjuntar Copia) Comisaría.....

.....Lugar y Fecha..... Firma, aclaración y DNI del Denunciante.....

