

DEFINICIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Se considera accidente de trabajo a toda lesión proveniente de una causa externa, súbita y frecuentemente violenta en ocasión o a causa del trabajo.

La lesión debe ser inmediata y debe existir una clara relación causal entre esta y el tipo de accidente.

DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

Se considera enfermedad profesional la causada por agentes físicos, químicos o biológicos, utilizados o manipulados durante la actividad laboral o que estén presentes en el lugar de trabajo. (Artículo 38º de la Ley 16.074). Se encuentran enumeradas en el el decreto 210/011 del 13 de junio del 2011. (Artículo 40º de la Ley 16.074).

PLAZO: El plazo para presentar la solicitud de asesoramiento será de 15 días corridos a partir de la fecha del evento que origina el accidente o la fecha de inicio de la sintomatología en caso de enfermedad.

El ingreso de la presente solicitud generará la obligación de pago del arancel determinado por el BSE, más impuestos.

INDIQUE LO QUE CORRESPONDA

Accidente de Trabajo

Probable Enfermedad Profesional

DATOS DEL ORGANISMO SOLICITANTE

Inciso _____ RUT _____

Unidad Ejecutora _____ Dirección _____

Teléfono _____ E- mail _____

DATOS DEL FUNCIONARIO

Apellidos _____ Nombres _____

C.I _____ Fecha de Nacimiento

Vínculo Laboral

Cargo _____ Fecha de Ingreso al cargo

Puesto de Trabajo _____

Breve descripción de tareas



ACCIDENTE DE TRABAJO (COMPLETAR SI ELIGIÓ ESTA OPCIÓN)

Fecha del accidente Hora _____

Lugar donde ocurrió el accidente _____

Detallar cómo fue que ocurrió el accidente

Detallar lesiones que se produjeron y partes del cuerpo afectadas

Atención Médica recibida

Fecha

Prestador de Salud _____

Nombre del supervisor / encargado de vigilar las tareas _____

Teléfono _____ E-mail _____

Testigos

1 - Nombre _____ Teléfono _____ E-mail _____

2 - Nombre _____ Teléfono _____ E-mail _____

PROBABLE ENFERMEDAD PROFESIONAL (COMPLETAR SI ELIGIÓ ESTA OPCIÓN)

Fecha de inicio del cuadro clínico

Detallar

Síntomas

Diagnóstico

Exámenes diagnósticos realizados

Atención médica recibida

Fecha de inicio de asistencia

Prestador de Salud _____

Médico tratante (nombre y teléfono) _____

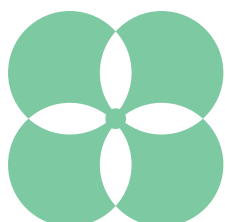


Se adjunta consentimiento informado del funcionario para el cual se solicita el asesoramiento. Tenga en cuenta que sin este consentimiento no se dará trámite a la solicitud

Se adjunta otra documentación (en caso de sí, indique cual) Sí NO

Por Organismo empleador

Firma autorizada _____ Aclaración _____



HOSPITAL

BSE

**Centro de Asistencia
y Rehabilitación**