



FORMULARIO DE
AVISO DE ACCIDENTE DE TRABAJO
(versión: 01)

Código Único Accidente Trabajo:
USO DE ESSALUD

I.- INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO

Marque el Seguro SCTR Salud al que está afiliado:			Nombre o Razón Social EPS:			Llenar en caso trabajador sea afiliado al SCTR - EPS		
<input type="checkbox"/> SCTR ESSALUD	<input type="checkbox"/> SCTR EPS	<input type="checkbox"/> SIN SCTR SALUD						
Tipo Documento : <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Carné de Extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné de Refugiado			Número Documento Identidad			Fecha de Nacimiento		DD/MM/AAAA
Apellidos y Nombres :		Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres(s)		(Ver Tabla 1) Tipo de Trabajador :
Teléfonos :		Prof. Ciudad	N° Teléfono Fijo		Prof. Ciudad	N° Celular		Género : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Cargo o Puesto de Trabajo		Antigüedad en el Puesto		Horario Habitual de Trabajo		(HH:MM / 24 Horas) De: A: Hrs.		

II.- DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA PRINCIPAL

Nombre o Razón Social :			(Ver Tabla 2) Actividad Económica :				
RUC Empleador :		Teléfono :	Prof. Ciudad	N° Teléfono Fijo / Celular		Email :	

III.- DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (Llenar sólo en caso el accidente ocurrió en la empresa donde fue destacado)

Nombre o Razón Social :			(Ver Tabla 2) Actividad Económica :				
RUC Empleador :		Teléfono :	Prof. Ciudad	N° Teléfono Fijo / Celular		Email :	

IV.- INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

Fecha de Accidente :	DD/MM/AAAA	Hora de Accidente :	(HH:MM / 24 Horas)	(Ver Tabla 3) Tipo de Accidente :		(Ver Tabla 4) Agente Causante :	
Dirección del Lugar donde ocurrió el accidente:		Nombre vía (Especificar calle, jirón, avenida)			Departamento	Provincia	Distrito
Supervisor o Jefe a quien se comunicó el accidente		Apellidos y Nombres					Cargo
Describa cómo ocurrió el accidente :			Área de trabajo donde ocurrió el Accidente :				

V.- DECLARACIÓN JURADA : Declaro bajo juramento que la información consignada en la presente es exacta y verdadera

Firma y Sello del Empleador N° Documento Identidad		Firma del trabajador o acompañante sólo en caso que el empleador no comunique el accidente a la IPRESS Firma del Trabajador / Acompañante N° Documento Identidad		USO DE ESSALUD - REFRENDO Firma y Sello Área/Unidad ADMISIÓN	
---	--	--	--	---	--

VI.- CERTIFICACIÓN MÉDICA

Fecha de Atención :	DD/MM/AAAA	Hora de Atención :	HH:MM / 24 Horas	Nombre IPRESS :			
(Ver Tabla 5) Parte del Cuerpo Lesionada:		(Ver Tabla 6) Naturaleza de la Lesión :		(Ver Tabla 7) Otros Factores Concurrentes :		Fallecido? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fecha que Falleció : DD/MM/AAAA
Diagnóstico Principal :						CIE 10 :	
Otro Diagnósticos :						CIE 10 :	
Destino del Paciente :	<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Referencia IPRESS de Origen	<input type="checkbox"/> Hospitalización	<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Referencia IPRESS mayor nivel	<input type="checkbox"/> Sala de Observación	
Médico Tratante :	Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		C.M.P.

OBSERVACIONES :						Firma y Sello del Médico Tratante	

TABLAS

TABLA 1 TIPO DE TRABAJADOR	
001	EMPLEADO
002	FUNCIONARIO
003	JEFE DE PLANTA
004	CAPATAZ
005	TECNICO
006	OPERARIO
007	OTROS

TABLA 2 ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA		
122	EXTRACCION DE MADERA	356 FABRICACION DE PRODUCTO PLASTICOS
130	PESCA	362 FABRICACION DE VIDRIO Y PRODUCTOS DE VIDRIO
210	EXPORTACION DE MINAS DE CARBON	369 FABRICACION DE OTROS PRODUC. MINERALES NO METALES
220	PRODUCCION DE PETROLEO CURADO Y GAS NATURAL	371 INDUSTRIA BASICA DE HIERRO Y ACERO
230	EXTRACCION DE MINERALES METALICOS	372 INDUSTRIAS BASICAS DE METALES NO FERROSOS
290	EXTRACCION DE OTROS MINERALES	381 FABRICACION DE PRODUCTOS METALICOS
314	INDUSTRIAS DEL TABACO	382 CONTRUCCION DE MAQUINARIAS
321	FABRICACION DE TEXTILES	410 ELECTRICIDAD,GAS Y VAPOR
323	INDUSTRIAS DEL CUERO Y PRODUCTOS DEL CUERO Y SUCEDANOS DEL CUERO	500 CONSTRUCCION
331	INDUSTRIAS DE LA MADERA Y PRODUCTOS DE MADERA Y CORCHO	713 TRANSPORTE AEREO
351	FABRICACION DE SUSTANCIAS QUIMICAS INDUSTRIALES	920 SERVICIO DE SANEAMIENTO Y SIMIARES
352	FABRICACION DE OTROS PRODUCTOS QUIMICOS	933 SERVICIOS MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS OTROS SERVICIOS DE SANIDAD Y VETERINARIA
353	REFINERIAS DE PETROLEO	999 OTRAS ACTIVIDADES NO ESPECIFICADAS
354	FABRICACIÓN DE PRODUCTOS DERIVADOS DEL PETROLEO Y CARBON	

TABLA 3 FORMA DE ACCIDENTE	
001	CAIDA DE PERSONAL A NIVEL
002	CAIDA DE PERSONAS DE ALTURA
003	CAIDA DE PERSONAS AL AGUA
004	CAIDA DE OBJETOS
005	DERRUMBES O DESPLOMES DE INSTALACIONES
006	PISADAS SOBRE OBJETOS
007	CHOQUE CONTRA OBJETOS
008	GOLPES POR OBJETOS (EXCEPTO CAIDAS)
009	APRISIONAMIENTO O ATRAPAMIENTO
010	ESFUERZOS FISICOS EXCESIVOS O FALSOS MOVIMIENTOS
011	EXPOSICION AL FRIO
012	EXPOSICION AL CALOR
013	EXPOSICION A RADIACIONES IONIZANTES
014	EXPOSICION A RADIACIONES NO IONIZANTES
015	EXPOSICION A PRODUCTOS QUIMICOS
016	CONTACTO CON ELECTRICIDAD
017	CONTACTO CON PRODUCTOS QUIMICOS
018	CONTACTO CON FUEGO
019	CONTACTO CON MATERIAS CALIENTES O INCANDESCENTES
020	CONTACTO CON FRIO
021	CONTACTO CON CALOR
022	EXPLOSION O IMPLOSION
023	INCENDIO
024	ATROPELLAMIENTO POR ANIMALES
025	MORDEDURA DE ANIMALES
026	CHOQUE DE VEHICULOS
027	ATROPELLAMIENTO POR VEHICULO
028	FALLA EN MECANISMOS PARA TRABAJOS HIPERBARICOS
029	AGRESION CON ARMAS
099	OTRAS FORMAS

TABLA 4 AGENTE CAUSANTE		
PARTES DE LA EDIFICACIÓN	MATERIALES Y/O ELEMENTOS DE TRABAJO	
001	PISO	040 MATRICES
002	PAREDES	041 PARALELAS
003	TECHO	042 BANCOS DE TRABAJO
004	ESCALERA	043 RECIPIENTES
005	RAMPAS	044 ANDAMIOS
006	PASARELAS	045 ARCHIVOS
007	ABERTURAS,PUERTAS,PORTONES,PERSIANAS	046 ESCRITORIOS
008	VENTANAS	047 ASIENTOS EN GENERAL
	INSTALACIONES COMPLEMENTARIAS	048 MUEBLES EN GENERAL
010	TUBOS DE VENTILACION	049 MATERIAS PRIMAS
011	LINEAS DE GAS	050 PRODUCTOS ELABORADOS
012	LINEAS DE AIRE	FACTORES EXTERNOS AL AMBIENTE DE TRABAJO
013	LINEAS O CAÑERIAS DE AGUA	070 ANIMALES
014	CABLEADO DE ELECTRICIDAD	071 VEGETALES
015	LINEAS O CAÑERIAS DE MATERIAS PRIMAS O PRODUCTOS	077 FACTORES CLIMATICOS
016	LINEAS O CAÑERIAS DE DESAGUES	079 ARMA BLANCA
017	REJILLAS	080 ARMA DE FUEGO
018	ESTANTERIAS	
030	ELECTRICIDAD	
031	VEHICULOS O MEDIOS DE TRANSPORTE EN GENERAL	
032	MAQUINAS Y EQUIPOS EN GENERAL	
033	HERRAMIENTAS (PORTATILES, MANUALES, MECANICOS, ELECTRICAS, NEUMÁTICAS, ETC.)	
034	APARATOS PARA IZAR O MEDIOS DE ELEVACION	
076	ONDA EXPANSIVA	

TABLA 5 PARTE DEL CUERPO LESIONADA	
001	REGIÓN CRANEANA (CRANEO,CUERO CABELLUDO)
002	OJOS (CON INCLUSION DE LOS PARPADOS,LA ORTIBA NERV
006	BOCA (CONINCLUSION DE LABIOS,DIENTES Y LENGUA)
009	CARA (UBICACIÓN NO CLASIFICADA EN OTRO EPIGRAFE)
010	NARIZ Y SENOS PARANASALES
012	APARATO AUDITIVO
015	CABEZA,UBICACIONES MULTIPLES
016	CUELLO
020	REGION CERVICAL
021	REGIÓN DORSAL
022	REGION LUMBOSACRA (COLUMNA VERTEBRAL Y MUSCULAR
023	TORAX (COSTILLAS, ESTERNON)
024	ABDOMEN (PARED ABDOMINAL)
025	PELVIS
029	TRONCO,UBICACIONES MULTIPLES
030	HOMBRO (INCLUSIÓN DE CLAVICULA,OMOPLATO Y AXILA)
031	BRAZO
032	CODO
033	ANTEBRAZO
034	MUÑECA
035	MANO (CON EXCEPCIÓN DE LOS DEDOS SOLOS)
036	DEDOS DE LAS MANOS
039	MIEMBROS SUPERIOR,UBICACIONES MULTIPLES
040	CADERA
041	MÚSCULO
042	RODILLA
043	PIERNA
044	TOBILLO
045	PIE (CON EXCEPCIÓN DE LOS DEDOS)
046	DEDOS DE LOS PIES
049	MIEMBRO INFERIOR,UBICACIONES MULTIPLES
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 HEMATOPOYETICO EN GENERAL
150	SISTEMA ENDOCRINO EN GENERAL
160	PIE (SOLO AFECIONES DERMICAS)
180	APARATO PSIQUICO EN GENERAL
181	UBICACIONES MÚLTIPLES,COMPROMISO DE DOS O MÁS ZONAS AFECTADAS ESPECIFICADAS EN LA TABLA

TABLA 6 NATURALEZA DE LA LESION	
001	ESCORIACIONES
002	HERIDAS PUNZANTES
003	HERIDAS CORTANTES
004	HERIDAS CONTUZAS (POR GOLPES DE BORDES IRREGULARES
005	HERIDA DE BALA
006	PÉRDIDA DE TEJIDOS
007	CONTUSIONES
008	TRAUMATISMOS INTERNOS
009	TORCEDURAS Y ESGUINCES
010	LUXACIONES
011	FRACTURAS
012	AMPUTACIONES
013	GANGRENAS
014	QUEMADURAS
015	CUERPO EXTRAÑO EN OJOS
016	ENUCLEACIÓN (PÉRDIDA OCULAR)
017	INTOXICACIONES
018	ASFIXIA
019	EFFECTOS DE ELECTRICIDAD
020	EFFECTOS DE LAS RADIACIONES
021	DISFUNCIONES ORGANICAS
099	OTROS

TABLA 7 OTROS FACTORES CONCURRENTES	
001	EBRIDAD
002	INTOXICACIÓN POR DROGAS
003	EPILEPSIA
004	INCAPACIDAD FISICA PREVIA
005	NINGUNO