

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL



DENUNCIA

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 C.P.

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre Tipo y N° de Documento
 CUIL Nacionalidad Tel. Fecha Nacimiento/...../..... Sexo M F
 Domicilio Localidad Provincia C.P.
 Estado civil Soltero Casado Viudo Divorciado Separado Unión de hecho
 Fecha de Ing. en la empresa/...../..... Fecha de Ing. al establecimiento/...../..... Turno de trabajo habitual: Fijo Rotativo
 Jornada Habitual (Desde/Hasta) Situación contractual Fecha último examen periódico/...../.....
 Obra Social Reparto Capitalización 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

Descripción del accidente y sus consecuencias:

ACCIDENTE DE TRABAJO ENFERMEDAD PROFESIONAL
 En el trabajo En otro centro o lugar de trabajo Al ir o al volver del trabajo Desplazamiento en día laboral Otro

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
 Ocurrencia del accidente: Calle: N°: C.P.: Localidad: Provincia:
 Agente Material Asociado

--	--	--	--	--

 Diagnóstico 1

--	--	--	--	--

 2

--	--	--	--	--

 3

--	--	--	--	--

 Naturaleza de la lesión 1

--	--	--	--	--

 2

--	--	--	--	--

 3

--	--	--	--	--

 Forma del Accidente

--	--	--	--	--

 Zona del Cuerpo Afectada 1

--	--	--	--	--

 2

--	--	--	--	--

 3

--	--	--	--	--

ENFERMEDAD PROFESIONAL		Agente Material Asociado (ver tabla)	Zona del cuerpo afectada	Tiempo de exposición al agente	Fecha de diagnóstico	Forma de diagnóstico (ver tabla)	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	Código	Descripción	Código	Descripción	Código	Descripción	Código
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 según Denuncia policial N° (Adjuntar Copia) Comisaría

Lugar y Fecha Firma, aclaración y DNI del Denunciante

LAS TABLAS MENCIONADAS ESTÁN DISPONIBLES EN LA WEB: www.preencionart.com.ar

PREVENCIÓN A.R.T. S.A.: Av. Independencia 301 - 2322 Sunchales - T.E. 03493-428600 - 0-800-4444-ART (278) - Fax directo: 0800-888-3297

ORIGINAL - PREVENCIÓN ART P.39 - 50.000 - 06/10