

DENUNCIA DE SINIESTRO

Informe de accidente de trabajo o enfermedad profesional

EMPLEADOR

Nombre de la Empresa		CUIT	Contrato Nº	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 Nº de Documento		
C.U.I.L.	Nacionalidad	Tel	Fecha de nacimiento/...../.....	Sexo M F
Domicilio	Localidad	Provincia	C.P.	
Estado civil	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>
	Separado <input type="checkbox"/>	Unión Hecho <input type="checkbox"/>		
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	Celular	E-mail		
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 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:	Agente Material Asociado	Forma del Accidente		
Horario de la jornada el día del accidente:				
Hora Accidente:	Diagnóstico	1	2	3
Fecha de inicio de la inasistencia laboral:	Naturaleza de la lesión	1	2	3
Realizaba una tarea habitual al accidentarse: SI NO	Zona del Cuerpo Afectada	1	2	3

Descripción del accidente y sus consecuencias:

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** Ausencia prolongada: **O** Consulta en Ámb. Púb. no Hospit.: **M** Prestación ART: **B**

Centro Asistencial	Firma, aclaración y DNI del Denunciante	
Domicilio		
Localidad		
Provincia		C.P.
Tel		Accidente in itinere
Denuncia policial Nº (Adjuntar copia)		Comisaría
Lugar y Fecha		

Table with 4 columns: Cód., Zona del Cuerpo Afectada, Cód., Descripción de la Forma de Accidente, Cód., Descripción del Agente Material Asociado, Cód., Descripción del Agente Material Asociado. It lists various body zones and associated accident types and materials.

Código de Lesión Descripción de la Lesión (R 840/05)

Table with 4 columns: Código, Descripción de la Lesión, Código, Descripción de la Lesión, Código, Descripción de la Lesión. It lists various types of injuries and their descriptions.

Table with 4 columns: Código, Descripción, Tipo, Código, Descripción, Tipo. It lists various chemical substances, their descriptions, and their types.