

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA DECLARACION DEL ACCIDENTE

MINISTERIO DEL TRABAJO							
DECLARACION DE ACCIDENTE							
1.- DATOS DEL TRABAJADOR							
NOMBRES Y DOS APELLIDOS:						N° INSS (1)	
SEXO (2)	ESTADO CIVIL (3)	EDAD(4)	OFICIO (5)	TURNO (6)	TOTAL HORAS (7)	SALARIO (8)	
DOMICILIO(9)			MUNICIPIO		DEPTO		
2.- DATOS DE LA EMPRESA							
NOMBRE O RAZON SOCIAL			INSS PAT (1)	N° TRAB (2)	ACTIVIDAD(3)		
DIRECCION DE LA EMPRESA (4)			TELEFONO	MUNICIPIO	DEPTO.		
UBICACION DEL CENTRO DE TRABAJO (5)			TELEFONO	MUNICIPIO	DEPTO.		
3.- DATOS DEL ACCIDENTE * OCURRIDO EL DIA / /							
LUGAR DONDE OCURRIO (1)		CENTRO DE TRABAJO (2)			HORA DEL DIA		
		AL IR O VENIR (2)			HORA DE TRABAJO(3)		
TRABAJO QUE REALIZABA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE Y FORMA (4)							
AGENTE MATERIAL (5)				PARTE DEL AGENTE MATERIAL(6)			
TESTIGO	NOMBRE Y APELLIDOS		DIRECCIÓN		TELEFONO		
4.- DATOS MEDICOS ASISTENCIALES *DIAS DE SUBSIDIO:							
DESCRIPCION DE LAS LESIONES Y CALIFICACION DE SU GRADO (1)					G	LEVE	
					R	GRAVE	
					A	MUY GRAVE	
					D		
					O	MORTAL	
PARTE DEL CUERPO LESIONADO(2)							
PERSONA QUE LO ATENDIO (3)			DOMICILIO		TELEFONO		
SR. _____ EN CALIDAD DE _____ DE LA EMPRESA, EXPIDO LA PRESENTE DECLARACION A _____ DE _____ DE _____							
FIRMA Y SELLO: _____							

* Instrucciones al dorso

1.- DATOS PERSONALES:

- 1.- N° del carnet del INSS del accidentado.
- 2.- Poner " M", si es masculino, "F", si es femenino.
- 3.- Poner "C", si es casado, "S", si es soltero, "O", otros.
- 4.- Edad del accidentado
- 5.- Oficio o profesión del accidentado
- 6.- Si trabaja a turnos, indicar en que turno ha ocurrido el accidente.
- 7.- Número total horas que trabaja al día.
- 8.- Salario mensual.
- 9.- Dirección del accidentado.

2.- DATOS DE LA EMPRESA:

- 1.- Número patronal del INSS de la empresa.
- 2.- Número de personas que trabajan en la empresa.
- 3.- Actividad económica de la empresa.
- 4.- Domicilio o ubicación de la empresa (Centro social o administrativo).
- 5.- Domicilio centro de trabajo.

3.- DATOS DEL ACCIDENTE:

* Poner fecha del accidente

- 1.- Área o sección en donde ocurrió el accidente.
- 2.- Poner una X, donde corresponda
- 3.- Horas que llevaba trabajando
- 4.- Descripción del trabajo que realizaba y señalar como ocurrió el accidente.
- 5.- Objeto, sustancia o condición de trabajo que ha originado el accidente
- 6.- Parte del agente material que originó el accidente

4.- DATOS MEDICOS ASISTENCIALES:

* Poner días de subsidio si ameritó

- 1.- Clase de lesión que ha sufrido el accidentado (quemaduras, fracturas, etc.) y poner una X en la casilla que corresponda.
- 2.- Parte o partes del cuerpo donde sufrió las lesiones.
- 3.- Médico o persona que le atendió en primer lugar.

NOTA: La "declaración de accidente" debe ser complementada por una persona de la empresa, indicando su nombre y apellido, así como su puesto en la empresa (ej., Director, Jefe de Personal etc.). Este impreso debe ser firmado y sellado por la Empresa.

MINISTERIO DEL TRABAJO

FORMATO DE DECLARACIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

1.- DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRES Y DOS APELLIDOS:					No. INSS (1)
SEXO (2)	ESTADO CIVIL (3)	EDAD (4)	OCUPACIÓN (5)	TURNO(6)	SALARIO(7)
DOMICILIO:			TEL.:	MUNICIPIO	DPTO.
2.- DATOS DE LA EMPRESA					
NOMBRE O RAZON SOCIAL			INSS P (1)	No. TRAB. (2)	ACT./SECTOR/E.(3)
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA (4)				DPTO.	FAX O TEL.
UBICACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO (5)				DPTO.	FAX O TEL.
3.- DATOS DEL TRABAJADOR CON ENFERMEDAD PROFESIONAL					
EMPLEOS ANTERIORES (1)		AREAS O SECCIONES DONDE LABORA EN LA EMPRESA (2)		ANTIGÜEDAD EN EL TRABAJO	
TIPO DE CONTAMINANTE O RIESGO EXPUESTO (4)			DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL (5)		
PARTES DEL CUERPO AFECTADO (6)			EXAMENES MEDICOS REALIZADOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD (7)		
INFORMACIÓN ELABORADA POR EL SR. _____ EN CALIDAD DE: _____ DE LA EMPRESA, EXPIDO EL FORMATO DE DECLARACIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL A _____ DE _____ DE _____ FIRMA Y SELLO: _____					

*INSTRUCCIONES AL DORSO

INSTRUCTIVO PARA CUMPLIMENTAR LA DECLARACIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

1.- DATOS DEL TRABAJADOR

- 1.- No. del carnet del INSS de trabajador afectado
- 2.- Poner m, si es masculino, f, si es femenino
- 3.- Poner C, si es casado, S, si es soltero , O, otros
- 4.- Edad del trabajador afectado
- 5.- Ocupación del trabajador afectado
- 6.- Si trabaja a turnos, indicar en que turno laboraba
- 7.- Salario mensual
- 8.- Dirección del trabajador afectado

2.- DATOS DE LA EMPRESA

- 1.- Número patronal del INSS de la empresa
- 2.- Número de personas que trabajan en la empresa
- 3.- Actividad económica y sector económico de la empresa
- 4.- Domicilio o ubicación de la empresa (Centro Social Administrativo)
- 5.- Domicilio del centro de trabajo

3.- DATOS DEL TRABAJADOR CON ENFERMEDAD PROFESIONAL

- 1.- Indicar el nombre de las empresas donde ha laborado en 3 últimos años.
- 2.- Áreas o secciones donde labora en la empresa (actual)
- 3.- Tiempo de laborar en ese puesto de trabajo
- 4.- Señale el tipo de contaminante o riesgo que esta expuesto el trabajador (químico, físico, biológico, psicológico, ergonómicos)
- 5.- Especificar el tipo de enfermedad profesional diagnosticada por el médico tratante.
- 6.- Que partes del cuerpo ha afectado la enfermedad profesional.
- 7.- Señalar los tipos de exámenes médicos realizados para el diagnóstico de la enfermedad.

NOTA: Con el dictamen médico extendido, se procederá al llenado del formato de la Declaración de Enfermedad Profesional. Esta debe ser completada por una persona de la empresa, indicando su nombre y apellidos, así como su cargo que ocupa en la empresa (ej.: Director, Jefe de Personal, Encargado de Higiene y Seguridad, etc.). Este impreso debe ser firmado y sellado por la empresa.