

Para ser llenado por la Empresa (Campos Obligatorios)

| | |
|---|--|
| Primera Atención <input type="checkbox"/> | Continuación de Tratamiento <input type="checkbox"/> |
| Empresa | RUC |
| E-Mail | Teléfono |

1. Datos del Paciente

| | | | | |
|--|------------------|---------|------|---------------------|
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres | DNI | Fecha de Nacimiento |
| | | | | |
| Cargo o Puesto de Trabajo del Paciente | | | Sexo | Edad |
| | | | | |

2. Detalle del Accidente o de la Enfermedad Profesional

| | | | |
|--|--------------------|---|--|
| Lugar de Ocurrencia | Fecha de Accidente | Hora de Accidente | En la labor habitual |
| Fuera de las instalaciones <input type="checkbox"/> Dentro de las instalaciones <input type="checkbox"/> | ___ / ___ / ___ | AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Horas Extras <input type="checkbox"/> |

3. Tipo de Accidente

| | | |
|-----------------------------------|--|---|
| Golpes <input type="checkbox"/> | Quemadura <input type="checkbox"/> | Sobre esfuerzo <input type="checkbox"/> |
| Cortes <input type="checkbox"/> | Intoxicación <input type="checkbox"/> | Atropello <input type="checkbox"/> |
| Caídas <input type="checkbox"/> | Atrapamientos <input type="checkbox"/> | Exposición <input type="checkbox"/> |
| Contacto <input type="checkbox"/> | Choques <input type="checkbox"/> | Eventos <input type="checkbox"/> |
| Otro: _____ | | |

4. Fuente o causa de la lesión

| | |
|-------------------------------------|---|
| Calor <input type="checkbox"/> | Químicos <input type="checkbox"/> |
| Madera <input type="checkbox"/> | Metales <input type="checkbox"/> |
| Eléctricos <input type="checkbox"/> | Herramienta Manual <input type="checkbox"/> |
| Vidrio <input type="checkbox"/> | Escaleras <input type="checkbox"/> |
| Otros: _____ | |

5. Partes del cuerpo afectadas (marcar con un círculo)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

6. Lesión o daño sufrido

| | | |
|-------------------------------------|---|--|
| Amputación <input type="checkbox"/> | Contusión <input type="checkbox"/> | Luxación <input type="checkbox"/> |
| Quemaduras <input type="checkbox"/> | Laceración <input type="checkbox"/> | Pinchazo <input type="checkbox"/> |
| Raspadura <input type="checkbox"/> | Lesiones múltiples <input type="checkbox"/> | Electrocución <input type="checkbox"/> |
| Fractura <input type="checkbox"/> | Otros: _____ | |

Describir cómo ocurrió el accidente

Declaro bajo juramento que todas las respuestas e información que he proporcionado en la presente declaración son verdaderas y exactas. Asimismo certificamos que el trabajador para el cual se solicita la atención médica pertenece a nuestra empresa y tiene derecho a las atenciones del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo para Prestaciones de Salud que hemos contratado con La Positiva S.A Entidad Prestadora de Salud.

Firma y Sello de la Empresa

Para ser llenado por el Médico Tratante (Campos Obligatorios)

| | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|-----|----------------------|
| Nombre del establecimiento de salud | Nombre del médico tratante | CMP | Fecha de la Atención |
| | | | ___ / ___ / ___ |
| Diagnóstico | | | CIE 10 |
| 1. | 3. | | |
| 2. | 4. | | |

Indicación Médica y/o procedimiento realizado

Atención Hospitalización Ambulatorio Alta Observación Referencia Muerte

Firma y Sello del Médico Tratante

Quien firma y suscribe certifica la autenticidad de los datos del presente formulario en general y, especialmente, en los siguientes tópicos: veracidad del diagnóstico/correspondencia entre el diagnóstico y prescripción.

Copia Paciente

Para ser llenado por la Empresa (Campos Obligatorios)

| | | | |
|---|--|--|--|
| Primera Atención <input type="checkbox"/> | | Continuación de Tratamiento <input type="checkbox"/> | |
| Empresa | | RUC | |
| E-Mail | | Teléfono | |

1. Datos del Paciente

| | | | | |
|--|------------------|---------|------|---------------------|
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres | DNI | Fecha de Nacimiento |
| | | | | |
| Cargo o Puesto de Trabajo del Paciente | | | Sexo | Edad |
| | | | | |

2. Detalle del Accidente o de la Enfermedad Profesional

| | | | |
|--|--------------------|---|--|
| Lugar de Ocurrencia | Fecha de Accidente | Hora de Accidente | En la labor habitual |
| Fuera de las instalaciones <input type="checkbox"/> Dentro de las instalaciones <input type="checkbox"/> | ___ / ___ / ___ | AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Horas Extras <input type="checkbox"/> |

3. Tipo de Accidente

| | | |
|-----------------------------------|--|---|
| Golpes <input type="checkbox"/> | Quemadura <input type="checkbox"/> | Sobre esfuerzo <input type="checkbox"/> |
| Cortes <input type="checkbox"/> | Intoxicación <input type="checkbox"/> | Atropello <input type="checkbox"/> |
| Caídas <input type="checkbox"/> | Atrapamientos <input type="checkbox"/> | Exposición <input type="checkbox"/> |
| Contacto <input type="checkbox"/> | Choques <input type="checkbox"/> | Eventos <input type="checkbox"/> |
| Otro: _____ | | |

4. Fuente o causa de la lesión

| | |
|-------------------------------------|---|
| Calor <input type="checkbox"/> | Químicos <input type="checkbox"/> |
| Madera <input type="checkbox"/> | Metales <input type="checkbox"/> |
| Eléctricos <input type="checkbox"/> | Herramienta Manual <input type="checkbox"/> |
| Vidrio <input type="checkbox"/> | Escaleras <input type="checkbox"/> |
| Otros: _____ | |

5. Partes del cuerpo afectadas (marcar con un círculo)

6. Lesión o daño sufrido

| | | |
|-------------------------------------|---|--|
| Amputación <input type="checkbox"/> | Contusión <input type="checkbox"/> | Luxación <input type="checkbox"/> |
| Quemaduras <input type="checkbox"/> | Laceración <input type="checkbox"/> | Pinchazo <input type="checkbox"/> |
| Raspadura <input type="checkbox"/> | Lesiones múltiples <input type="checkbox"/> | Electrocución <input type="checkbox"/> |
| Fractura <input type="checkbox"/> | Otros: _____ | |

Describir cómo ocurrió el accidente

Declaro bajo juramento que todas las respuestas e información que he proporcionado en la presente declaración son verdaderas y exactas. Asimismo certificamos que el trabajador para el cual se solicita la atención médica pertenece a nuestra empresa y tiene derecho a las atenciones del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo para Prestaciones de Salud que hemos contratado con La Positiva S.A Entidad Prestadora de Salud.

Firma y Sello de la Empresa

Para ser llenado por el Médico Tratante (Campos Obligatorios)

| | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|-----|----------------------|
| Nombre del establecimiento de salud | Nombre del médico tratante | CMP | Fecha de la Atención |
| | | | ___ / ___ / ___ |
| Diagnóstico | | | CIE 10 |
| 1. | 3. | | |
| 2. | 4. | | |

Indicación Médica y/o procedimiento realizado

Atención Hospitalización Ambulatorio Alta Observación Referencia Muerte

Firma y Sello del Médico Tratante

Quien firma y suscribe certifica la autenticidad de los datos del presente formulario en general y, especialmente, en los siguientes tópicos: veracidad del diagnóstico/correspondencia entre el diagnóstico y prescripción.

Copia Clínica