

**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"/>

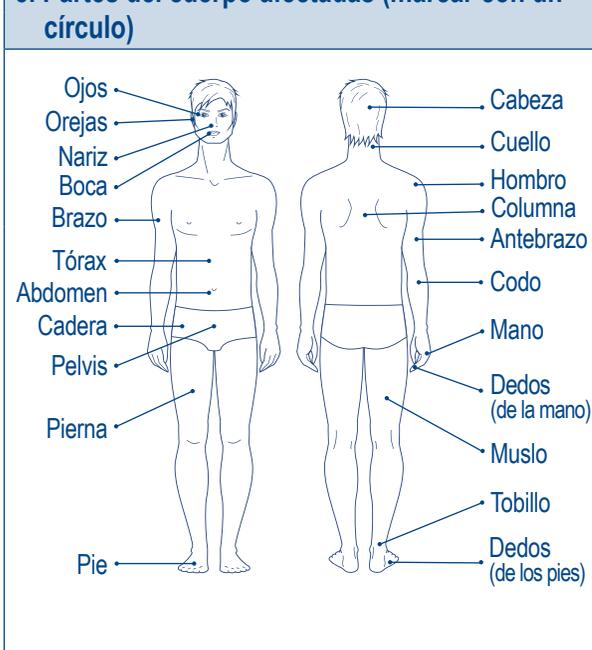
**3. Tipo de Accidente**

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"/>

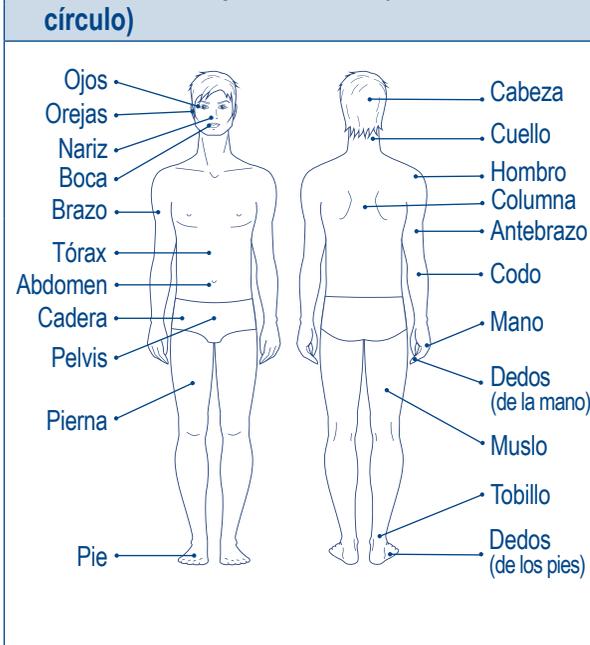
**3. Tipo de Accidente**

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