

**INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO  
O ENFERMEDAD PROFESIONAL  
DENUNCIA**



N° de Denuncia:

<b>ENFERMEDAD PROFESIONAL</b>	<input type="checkbox"/>	<b>ACCIDENTE DE TRABAJO</b>	<input type="checkbox"/>	<b>ACCIDENTE IN ITINERE</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Fecha de Siniestro:</b>	<input type="text"/>
En el trabajo	<input type="checkbox"/>	En otro centro o lugar de trabajo	<input type="checkbox"/>	Al ir o al volver del trabajo	<input type="checkbox"/>		
Reagravamiento caso anterior	<input type="checkbox"/>	Siniestro múltiple	<input type="checkbox"/>				
<b>Fecha reagravamiento:</b>	<input type="text"/>					<b>N° de Siniestro:</b>	<input type="text"/>

**DATOS DEL EMPLEADOR**

Razón Social: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_ Contrato N°: \_\_\_\_\_ C.I.I.U.: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Oficina: \_\_\_\_\_  
 C.P.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ e-mails: \_\_\_\_\_  
 Nombre del establecimiento de ocurrencia del accidente o detección de la enfermedad profesional: \_\_\_\_\_  
 Código del Establecimiento: \_\_\_\_\_ C.I.I.U.: \_\_\_\_\_  
 Empresa subcontratada: Sí  No  C.U.I.T. ocurrencia o detección: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL TRABAJADOR**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Documento: DNI/LE/LC/CI/Pas.: \_\_\_\_\_  
 N° de C.U.I.L.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M  Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: Soltero  Casado  Viudo  Divorciado:  Separado:  Unión hecho  Domicilio: \_\_\_\_\_  
 N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ e-Mail: \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso a la Empresa: \_\_\_\_\_ Remuneración a la fecha del accidente: \_\_\_\_\_ Sueldo \$ \_\_\_\_\_  
 Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Jornada Habitual de \_\_\_\_\_ hs. hasta \_\_\_\_\_ hs. Mano hábil: Izq.:  Der.:   
 Turno de Trabajo habitual: Fijo diurno:  Fijo nocturno:  Rotativo:   
 Situación Contractual: \_\_\_\_\_ Fecha de último examen periódico: \_\_\_\_\_  
 Obra Social: \_\_\_\_\_  
 Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de la enfermedad profesional: \_\_\_\_\_ C.I.U.O.: \_\_\_\_\_  
 Antigüedad al momento del diagnóstico: \_\_\_\_\_ Puesto de trabajo anterior (C.I.U.O.): \_\_\_\_\_ Antigüedad: \_\_\_\_\_  
 Otro empleador al momento del accidente o enfermedad profesional:  Razón Social: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO (Accidente de Trabajo)**

Hora del Accidente \_\_\_\_\_ hs. Horario de la jornada el día del accid. de \_\_\_\_\_ hs. hasta \_\_\_\_\_ hs. Fecha de inicio de inasist. Lab.: \_\_\_\_\_  
 Domicilio de ocurrencia del accidente: Est. propio:  Domicilio: \_\_\_\_\_ N° de puerta: \_\_\_\_\_  
 Otro lugar:  C.P.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
 Descripción del accidente y sus consecuencias: \_\_\_\_\_  
 Código de lesión (Ver tablas)    Accid. de Tránsito    Sí     No     Gravedad Presunta    Leve     Grave     Mortal   
 Agente material asociado:        Diagnóstico:    1        2        3      
 Naturaleza de la lesión:    1        2        3      
 Forma del accidente      Zona del cuerpo afectada    1        2        3

**INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO (Enfermedad Profesional)**

Agente causante (AC) (ver tabla)	Descripción de la EP	Agente material asociado	Zona del Cuerpo afectada (Ver tabla)	Tiempo de exposición al agente	Fecha de Diagnóstico	Fecha de Inicio de la	Forma de diagnóstico (completar según *)
AC1	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
AC2	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
AC3	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						

**\*La enfermedad se detectó en (códigos de formas de diagnóstico)**

Examen preocupacional	P	Ausencia prolongada	A	Sanatorio privado	N	Peritaje Judicial	J
Examen periódico	R	Tranferencia de puesto de trabajo	T	Hospital público	H	Comisión médica	S
Examen de egreso	E	Obra Social	O	Consulta en amb. Púb. No hospit.	M	Prestación A.R.T.	B

Centro Asistencial \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_  
 C.P.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ e-Mail: \_\_\_\_\_  
 Accidente in itinere \_\_\_\_\_ Denuncia Policial N° \_\_\_\_\_ **(Adjuntar copia de denuncia)** Comisaria: \_\_\_\_\_ ¿Corresponde baja laboral? Sí  No