

# Formulario de Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional



## EMPLEADOR

Nombre de la Empresa  C.U.I.T.   
 Contrato  CIU  Domicilio   
 Localidad  Provincia   
 C.P.  Tel  e mail

## ESTABLECIMIENTO DE OCURRENCIA O DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

Nombre  C.U.I.T.   
 Código  CIU  Domicilio   
 Localidad  Provincia   
 C.P.  Tel  Empresa Subcontratada SI  NO

## DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre  C.U.I.L.   
 Fecha de Nacimiento  Nacionalidad  Tel   
 Sexo M  F  Estado Civil Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Separado  Unión de hecho   
 Domicilio  Localidad  Provincia   
 C.P.  Fecha de ingreso a la empresa  Fecha de ingreso al establecimiento   
 Situación Contractual  Turno de trabajo habitual Fijo  Rotativo   
 jornada Habitual Desde  Hasta  Fecha último exámen Periódico  Obra Social   
 Reparto  Capitalización  AFJP   
 Puesto de Trabajo en el momento del accidente o detección de la 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 volver del Trabajo  Desplazamiento en un Día laboral  Otro

## ACCIDENTE DE TRABAJO

Fecha  Horario de la Jornada el Día del Accidente  Hora del Accidente   
 Fecha de Inicio de Inasistencia Laboral  ¿Realizaba una Tarea habitual al Accidentarse? SI  NO   
 Descripción del Accidente y sus Consecuencia   
 Agente Material Asociado  Diagnóstico 1  2  3   
 Naturaleza de la Lesión 1  2  3   
 Forma del Accidente  Zona del Cuerpo Afectada 1  2  3

## ENFERMEDAD PROFESIONAL

	Descripción de la Enf. Prof.	Agente material asociado (ver tabla)	Zona del cuerpo afectada	Tiempo de exposición al agente	Fecha de diagnóstico	Forma de diagnóstico (ver tabla)	Fecha de inicio de inasistencia laboral
Agente Causante 1 (Ver Tabla)	Diagnóstico 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Diagnóstico 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Diagnóstico 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Agente Causante 2 (Ver Tabla)	Diagnóstico 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Diagnóstico 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Diagnóstico 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Agente Causante 3 (Ver Tabla)	Diagnóstico 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Diagnóstico 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Diagnóstico 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## LA ENFERMEDAD PROFESIONAL SE DETECTÓ EN (código de Detección a 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	J
Examen de egreso	E	Obra Social	O	Consulta en Amb Pub no Hospit	N	Prestación ART	J

Centro asistencial  Domicilio   
 Localidad  Provincia   
 C.P.  Tel  e mail   
 Accidente In Itinere según denuncia Policial N°  Comisaría

Adjuntar copia **Nota:** las tablas con los códigos correspondientes para completar el formulario están disponibles en <http://www.grupoprof.com>

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración del Denunciante

Tipo y número de Documento del Denunciante