

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL



DENUNCIA

EMPLEADOR

Nombre de la Empresa CUIT Contrato N° CIU
 Domicilio Localidad Provincia
 C.P. Tel. Fax E-mail
 Nombre del establecimiento de ocurrencia del accidente o detección de la enfermedad profesional
 Código Establecimiento CIU Empresa subcontratada SI NO CUIT ocurrencia o detección
 Domicilio Localidad Pcia. de ocurrencia o detección C.P.

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre Tipo y N° de Documento
 CUIL Nacionalidad Tel. Fecha Nacimiento/...../..... Sexo M F
 Domicilio Localidad Provincia C.P.
 Estado civil Soltero Casado Viudo Divorciado Separado Unión de hecho
 Fecha de Ing. en la empresa/...../..... Fecha de Ing. al establecimiento/...../..... Turno de trabajo habitual: Fijo Rotativo
 Jornada Habitual (Desde/Hasta) Situación contractual Fecha último examen periódico/...../.....
 Obra Social Reparto Capitalización A.F.J.P.
 Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de 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 al volver del trabajo Desplazamiento en día laboral Otro

ACCIDENTE DE TRABAJO

Fecha/...../..... Horario de la jornada el día del accidente Hora Accidente
 Fecha de inicio de la inasistencia laboral/...../..... ¿Realizaba una tarea habitual al accidentarse? SI NO

Descripción del Accidente y sus consecuencias:

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 EP	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 la inasistencia laboral
Agente	Diagnóstico 1						
Causante 1 (ver tabla)	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
Agente	Diagnóstico 1						
Causante 2 (ver tabla)	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
Agente	Diagnóstico 1						
Causante 3 (ver tabla)	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						

LA ENFERMEDAD SE DETECTÓ EN [Códigos de Detección de 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	S
Examen de Egreso	E	Obra Social	O	Consulta en Ámb. Púb. no Hospit.	M	Prestación ART	B

Centro Asistencial Domicilio
 Localidad Provincia C.P. Tel.
 Accidente in itinere según Denuncia policial N° (Adjuntar Copia) Comisaría

Lugar y Fecha

Firma, aclaración y DNI del Denunciante

LAS TABLAS MENCIONADAS ESTÁN DISPONIBLES EN LA WEB: www.prevencionart.com.ar

PREVENCIÓN A.R.T. S.A.: Av. Independencia 301 - 2322 Sunchales - T.E. 03493-428600 - 0-800-4444-ART (278) - Fax directo: 0800-888-3297

ORIGINAL: PREVENCIÓN ART P.39 - 20.000 - 04/04

FRENTE ORIGINAL

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DE LA FORMA DE ACCIDENTE
100	Caídas de personas
101	Caídas de personas con desnivelación por caídas desde alturas (árboles, edificios, andamios, escaleras, máquinas de trabajo, vehículos)
102	Caídas de personas con desnivelación por caídas en profundidades (pozos, fosos, excavaciones, aberturas en el suelo)
103	Caídas de personas que ocurren al mismo nivel
104	Caída de personas al agua
200	Caídas de objetos
201	Derrumbe (caídas de masas de tierra, de rocas, de piedras, de nieve)
202	Desplome (de edificios, de muros, de andamios, de escaleras, de pilas de mercancías)
203	Caídas de objetos en curso de mantenimiento manual
204	Caídas de objetos mobiliarios (artefactos de luz, ventanas, marcos, bibliotecas, etc)
205	Otras caídas de objetos no incluidos en epígrafes anteriores de este apartado
300	Pisadas sobre, choques contra, o golpes por objetos, a excepción de caídas de objetos
301	Pisadas sobre objetos
302	Choques contra objetos inmóviles (a excepción de choques debidos a una caída anterior)
303	Choque contra objetos móviles
304	Golpes por objetos móviles (comprendidos los fragmentos volantes y las partículas), a excepción de los golpes por objetos que caen
400	Atrapamiento por un objeto o entre objetos
401	Atrapamiento por un objeto
402	Atrapamiento entre un objeto inmóvil y un objeto móvil
403	Atrapamiento entre dos objetos móviles (a excepción de los objetos volantes o que caen)
500	Esfuerzos excesivos
501	Esfuerzos físicos excesivos al levantar objetos
502	Esfuerzos físicos excesivos al empujar objetos
503	Esfuerzos físicos excesivos al tirar de objetos
504	Esfuerzos físicos excesivos al manejar objetos
505	Esfuerzos físicos excesivos al lanzar objetos

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DE LA FORMA DE ACCIDENTE
600	Exposición a, o contacto con, temperaturas extremas
601	Exposición al calor (de la atmósfera o del ambiente de trabajo)
602	Exposición al frío (de la atmósfera o del ambiente de trabajo)
603	Contacto con sustancias u objetos calientes
604	Contacto con sustancias u objetos muy fríos
605	Contacto con fuego
700	Exposición a, o contacto con, la corriente eléctrica
701	Exposición a la corriente eléctrica (tierra húmeda, agua o ambiente con vapor que transmita electricidad)
702	Contacto directo con fuente de generación o transmisión de corriente eléctrica
800	Exposición a, o contacto con, sustancias nocivas o radiaciones
801	Contacto por inhalación de sustancias químicas
802	Contacto por ingestión de sustancias químicas
803	Contacto por absorción cutánea de sustancias químicas
804	Contacto con agentes biológicos (absorción, inhalación)
805	Exposición a radiaciones ionizantes
806	Exposición a otras radiaciones
807	Inoculación de agentes biológicos (por pinchazo, heridas cortantes)
900	Otras formas de accidente, no clasificadas bajo otros epígrafes, incluidos aquellos accidentes no clasificados por falta de datos suficientes
901	Explosión o implosión
902	Incendio
903	Atropellamiento de animales
904	Mordedura de animales
905	Picaduras
906	Atropellamiento por vehículo
907	Choque de Vehículos
908	Fallas en los mecanismos para trabajos hiperbáricos
909	Agresión con armas
910	Agresión sin armas
911	Injuria punzo-cortante o contusa involuntaria
999	Otras Formas de Accidente no incluidas en la presente Codificación

Sr. Empleador en caso de accidente siga estas instrucciones:



Traslade al accidentado al Centro Asistencial de **PREVENCIÓN A.R.T.** más próximo con los 2 últimos ejemplares del presente formulario (duplicado, triplicado).



Anticipe inmediatamente vía fax (antes de las 48 Hs.) al 0-800-888-3297 el original del presente formulario.



Remita el mismo a **PREVENCIÓN A.R.T.** por el medio más seguro y ágil.



Solicite a nuestro prestador médico el triplicado del presente formulario y consérvelo como informe médico y constancia de atención.



INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL



DENUNCIA

EMPLEADOR

Nombre de la Empresa CUIT Contrato N° CIU
 Domicilio Localidad Provincia
 C.P. Tel. Fax E-mail
 Nombre del establecimiento de ocurrencia del accidente o detección de la enfermedad profesional
 Código Establecimiento CIU Empresa subcontratada SI NO CUIT ocurrencia o detección
 Domicilio Localidad Pcia. de ocurrencia o detección C.P.

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre Tipo y N° de Documento
 CUIL Nacionalidad Tel. Fecha Nacimiento/...../..... Sexo M F
 Domicilio Localidad Provincia C.P.
 Estado civil Soltero Casado Viudo Divorciado Separado Unión de hecho
 Fecha de Ing. en la empresa/...../..... Fecha de Ing. al establecimiento/...../..... Turno de trabajo habitual: Fijo Rotativo
 Jornada Habitual (Desde/Hasta) Situación contractual Fecha último examen periódico/...../.....
 Obra Social Reparto Capitalización A.F.J.P.
 Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de 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 al volver del trabajo Desplazamiento en día laboral Otro

ACCIDENTE DE TRABAJO

Fecha/...../..... Horario de la jornada el día del accidente Hora Accidente
 Fecha de inicio de la inasistencia laboral/...../..... ¿Realizaba una tarea habitual al accidentarse? SI NO

Descripción del Accidente y sus consecuencias:

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 EP	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 la inasistencia laboral
Agente Diagnóstico 1						
Causante 1 (ver tabla) Diagnóstico 2						
Diagnóstico 3						
Agente Diagnóstico 1						
Causante 2 (ver tabla) Diagnóstico 2						
Diagnóstico 3						
Agente Diagnóstico 1						
Causante 3 (ver tabla) Diagnóstico 2						
Diagnóstico 3						

LA ENFERMEDAD SE DETECTÓ EN [Códigos de Detección de 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	S
Examen de Egreso	E	Obra Social	O	Consulta en Ámb. Púb. no Hospit.	M	Prestación ART	B

Centro Asistencial Domicilio
 Localidad Provincia C.P. Tel.
 Accidente in itinere según Denuncia policial N° (Adjuntar Copia) Comisaría

Lugar y Fecha

Firma, aclaración y DNI del Denunciante

LAS TABLAS MENCIONADAS ESTÁN DISPONIBLES EN LA WEB: www.prevencionart.com.ar

PREVENCIÓN A.R.T. S.A.: Av. Independencia 301 - 2322 Sunchales - T.E. 03493-428600 - 0-800-4444-ART (278) - Fax directo: 0800-888-3297

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL



DENUNCIA

EMPLEADOR

Nombre de la Empresa CUIT Contrato N° CIU
 Domicilio Localidad Provincia
 C.P. Tel. Fax E-mail
 Nombre del establecimiento de ocurrencia del accidente o detección de la enfermedad profesional
 Código Establecimiento CIU Empresa subcontratada SI NO CUIT ocurrencia o detección
 Domicilio Localidad Pcia. de ocurrencia o detección C.P.

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre Tipo y N° de Documento
 CUIL Nacionalidad Tel. Fecha Nacimiento/...../..... Sexo M F
 Domicilio Localidad Provincia C.P.
 Estado civil Soltero Casado Viudo Divorciado Separado Unión de hecho
 Fecha de Ing. en la empresa/...../..... Fecha de Ing. al establecimiento/...../..... Turno de trabajo habitual: Fijo Rotativo
 Jornada Habitual (Desde/Hasta) Situación contractual Fecha último examen periódico/...../.....
 Obra Social Reparto Capitalización A.F.J.P.
 Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de 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 al volver del trabajo Desplazamiento en día laboral Otro

ACCIDENTE DE TRABAJO

Fecha/...../..... Horario de la jornada el día del accidente Hora Accidente
 Fecha de inicio de la inasistencia laboral/...../..... ¿Realizaba una tarea habitual al accidentarse? SI NO

Descripción del Accidente y sus consecuencias:

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 EP	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 la inasistencia laboral
Agente Causante 1	Diagnóstico 1						
(ver tabla)	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
Agente Causante 2	Diagnóstico 1						
(ver tabla)	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
Agente Causante 3	Diagnóstico 1						
(ver tabla)	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						

LA ENFERMEDAD SE DETECTÓ EN [Códigos de Detección de 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	S
Examen de Egreso	E	Obra Social	O	Consulta en Ámb. Púb. no Hospit.	M	Prestación ART	B

Centro Asistencial Domicilio
 Localidad Provincia C.P. Tel.
 Accidente in itinere según Denuncia policial N° (Adjuntar Copia) Comisaría

Lugar y Fecha

Firma, aclaración y DNI del Denunciante

LAS TABLAS MENCIONADAS ESTÁN DISPONIBLES EN LA WEB: www.prevencionart.com.ar

PREVENCIÓN A.R.T. S.A.: Av. Independencia 301 - 2322 Sunchales - T.E. 03493-428600 - 0-800-4444-ART (278) - Fax directo: 0800-888-3297