

FICHA UNICA DE AVISO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

CODIGO DE IDENTIFICACION DEL ACCIDENTE

1. DATOS DEL TRABAJADOR

| | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---------------------------------|------|------------------------------------|----------------------------|--|------|--|------|--------|---|
| APELLIDOS Y NOMBRES | | | | | | | | | | |
| DOMICILIO | | | | N° DE SEGURO (si lo tiene) | | | | | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD (DNI) | CATEGORIA DE TRABAJADOR TABLA 1 | | ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO DE TRABAJO | | | | | EDAD | GENERO | |
| | | DIAS | | MESES | | AÑOS | | | M | F |

2. DATOS DEL EMPLEADOR

| | | | | | | | |
|---------------------|-----------------|--|-------------|--|--|--|--|
| RAZON SOCIAL | | | | | | | |
| DOMICILIO PRINCIPAL | | | | | | | |
| RUC: | *CIIU (TABLA 2) | | TELÉFONO(S) | | | | |

3. DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE)

| | | | | | | | |
|---------------------|--|-------------------|--|-------------|--|--|--|
| RAZON SOCIAL: | | | | | | | |
| DOMICILIO PRINCIPAL | | | | | | | |
| RUC: | | * CIIU (TABLA 2) | | TELÉFONO(S) | | | |

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRABAJO

| | | | | | | | | |
|--|--|------|--|---------------------------|------|----------------------------|---|--|
| FECHA(DD/MM/AA) | | HORA | | TURNO | DE | | A | |
| LUGAR DEL ACCIDENTE | | | | | | | | |
| LABOR QUE REALIZABA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE: | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DEL ACCIDENTE: | | | | | | | | |
| TESTIGO DEL ACCIDENTE | | | | | DNI: | | | |
| FORMA DE ACCIDENTE (TABLA 3) | | | | AGENTE CAUSANTE (TABLA 4) | | | | |
| | | | | | | | | |
| Apellidos y Nombres de la persona que condujo al accidentado | Firma de la persona que condujo al accidentado | | | Fecha de recepción | | Firma y Sello de recepción | | |

5. CERTIFICACION MEDICA

| | | | | | | | |
|---|---|--|--|---------------------------|--|--|--|
| CENTRO ASISTENCIAL | | | | | | | |
| FECHA DE INGRESO (DD/MM/AA) | | | | HORA DE INGRESO | | | |
| PARTE DEL CUERPO AFECTADO: (TABLA 5) | | | | TIPO DE LESION: (TABLA 6) | | | |
| DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS: a) b) c) | DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS: a) b) c) | | | | | | |
| APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO TRATANTE | N° DE CMP | | | **CÓDIGO CIE-10 | | | |
| | | | | Firma de Médico Tratante | | | |

* Adaptación de la Clasificación Internacional Industrial Uniforme ** Clasificación Internacional de Enfermedades