

# 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:	*CIU (TABLA 2)		TELEFONO(S)	

3. DATOS DE LA EMPRESA USUARIA ( DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE)				
RAZON SOCIAL:				
DOMICILIO PRINCIPAL				
RUC:	* CIU ( TABLA 2)		TELEFONO(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		**CODIGO CIE-10
			Firma de Médico Tratante	

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