DENUNCIA DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

Chubut ART

Accidente de Trabajo ☐ Enfermedad profesional ☐ Reingreso ☐

Fecha de Ingreso y hora ____/____/____ HORA: _____ Nº de Siniestro: _____

DATOS DEL EMPLEADOR

Razón Social: _____ CUIT: _____ Contrato N°_____ CIIU: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Cod. Postal Arg: _____ Tel.: _____ E-mail: _____

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre del Establecimiento de Ocurrencia del Accidente o de Detección de la Enfermedad: _____

Cód. de Estab. AFIP: _____ CIIU: _____ Empresa Subcontratada : SI ☐ NO ☐

CUIT de Ocurrencia o Detección: _____ Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ C.P: _____ Teléfono: _____

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y Apellido: _____ CUIL: _____ Tipo y N° de Doc.: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

C. P.: _____ Nacionalidad: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Fecha de nacimiento: __/__/____ Estado civil: _____

Edad: _____ Teléfono: _____ Celular: _____ E-Mail: _____

Tarea habitual: _____ Fecha de Ing. a la Empresa: ___/___/____ Turno Habitual: Fijo ☐ Rotativo ☐

Jornada habitual: de ____: ____ a ____: ____ Inicio de Jornada el día del Accidente: ____: ____

Obra Social: _____ Se le han realizado Exámenes Periódicos S ☐ N ☐ Fecha de Último Exámen: __/__/____

Puesto de Trabajo en el Momento del Accidente o detección de Enfermedad Profesional: _____

Antigüedad en esta Tarea: _____ Días; _____ Meses; _____ Años. Puesto de trabajo anterior: _____

Mismo Empleador: SI ☐ NO ☐ Antigüedad en esta Tarea: _____ Días; _____ Meses; _____ Años. Último Salario Mensual: $ _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO

Fecha del Accidente: __/__/____ Hora del Accidente: ___:___ Fecha de baja laboral: __/__/____

INITINERE: Denuncia Policial N° _____ (Adjuntar copia). Comisaría: _____

ACCIDENTE DE TRABAJO

DESCRIPCIÓN DE CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE (Modo y Circunstancia en que se produjo).

Descripción del Accidente de Trabajo

(Ver Tabla)	Códigos	Diagnóstico		Zona del Cuerpo Afectada (Ver Tabla)	Naturaleza de la Lesión (Ver Tabla de página 2)
Forma del Accidente		1			
Agente Material Asociado		2			
		3			

ENFERMEDAD PROFESIONAL

Descripción de la Enfermedad Profesional (Ver Tablas al Dorso)

Agente Causante (Ver Tabla)	Agente Material Asociado (Ver Tabla)	Tiempo de Exposición al Agente (en Meses)	Diagnóstico (para ser cargado por el médico de la ART)		Fecha de Diagnóstico	Zona del Cuerpo Afectada (Ver Tabla)	Cod. de Exámen donde se detectó la EP (ver tabla pág. 2)
			1				
			2				
			3				

CENTRO MÉDICO ASISTENCIAL

Centro médico al cual fue derivado el trabajador: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

DATOS DEL DENUNCIANTE

Apellido y nombre del denunciante: _____ DNI: _____

Lugar de Denuncia: _____ Fecha de denuncia: ___/___/____

Cargo / Parentesco del Denunciante: _____ Teléfono: _____

_____

Firma

DENUNCIA DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

TABLA 1: FORMA DEL ACCIDENTE

101. Caídas de personas por caídas desde alturas.
102. Caídas de personas por caídas en profundidades.
201. Derrumbe (caídas de tierra, de rocas, de piedras, de nieve).
203. Caídas de objetos en curso de manutención manual.
301. Pisada Sobre objetos.
302. Choques contra objetos inmóviles.
304. Golpes por objetos móviles.
401. Atrapamiento por un objeto.
501. Esfuerzos físicos excesivos al levantar objetos.
502. Esfuerzos físicos excesivos al empujar objetos.
601. Exposición al calor (de la atmósfera o del medio ambiente de trabajo).
602. Exposición al frío (de la atmósfera o del medio ambiente de trabajo).
603. Contacto con sustancias u objetos calientes.
605. Contacto con fuego.
702. Contacto con fuente de generación o transmisión eléctrica.
801. Contacto por inhalación de sustancias química.
802. Contacto por ingestión de sus tancias químicas.
902. Incendio.
903. Atropellamiento de animales.
904. Mordedura de animales.
905. Picaduras.
906. Atropellamiento por vehículo.
907. Choque de Vehículos.
909. Agresión con armas.
910. Agresión sin armas.
911. Injuria punzo-cortante o contusa involuntaria.

TABLA 2: NATURALEZA DE LA LESIÓN

1	Escoriaciones	14	Quemaduras
2	Heridas punzantes	15	Cuerpo extraño en ojos
3	Heridas cortantes	23	Esguinces
5	Heridas de bala	24	Fracturas expuestas
7	Contusiones	27	Perdida auditiva
9	Torceduras	34	Efectos de cuerpo extraño en oído
10	Luxaciones	35	Efectos de cuerpo extraño en nariz
11	Fracturas cerradas	36	Efectos por picadura
12	Amputaciones	37	Desgarro

TABLA 3: ZONA DEL CUERPO AFECTADA

1	Región craneana	35	Mano
2	Ojos	36	Dedos de las manos
4	Oído	40	Cadera
6	Boca	41	Muslo
7	Nariz	42	Rodilla
9	Cara	43	Pierna
15	Cabeza, ubicaciones múltiples	44	Tobillo
20	Región cervical	45	Pie
23	Tórax	46	Dedos de los pies
25	Pelvis	126	Testículos
30	Hombro	29	Tronco, ubicaciones múltiples.
31	Brazo	181	Ubicaciones múltiples
32	Codo	190	Cabeza y Cuello
33	Antebrazo	200	Miembros Superiores
34	Muñeca	201	Miembros Inferiores

TABLA 4: AGENTE MATERIAL ASOCIADO

10702	Correas, Cables, Poleas, Cadenas		
10703	Generadores De Energía Eléctrica		
10801	Maquinarias Para Agricultura		
10802	Maquinarias Para Ganadería		
10803	Tractores, Tractores Con Remolque		
10916	Maquinarias Para El Trabajo De Metales		
10919	Maquinarias Para La Construcción		
31501	Cañerías De Gas, Aire, Agua, etc.	40204	Productos Químicos
20001	Camiones	50103	Agua
20006	Automóviles	31006	Calderas
20007	Motocicletas	50107	Ruido
20008	Bicicletas	50108	Fuego
30800	Cámaras (Incluye Cámaras Frigoríficas).	50109	Humo
60800	Insectos, arácnidos, serpientes.	50201	Pisos
61000	Residuos	50203	Escaleras
30906	Estanterías	50205	Aberturas
60300	Árboles, Plantas, Cultivos	50208	Ruido
31304	Herramientas Manuales	50209	Agua
31402	Andamios	50210	Fuego
20101	Grúas	30901	Silos
40201	Polvos	60100	Arma De Fuego
40203	Líquidos	60200	Arma Blanca
		31001	Altos Hornos
		60600	Animales de Cría
		61700	Personas

SÓLO PARA DENUNCIA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

TABLA 5: AGENTES CAUSANTES

40036	Benceno (Res. 310/03)
40063	Derivados Del Fenol
40064	Derivados Del Petróleo
60001	Brucella
60002	Virus De La Hepatitis A
60003	Virus De La Hepatitis B Y C
60005	Mycobacterium tuberculosis
60006	Leptospira (Leptospirosis)
80004	Posiciones forzadas y gestos repetitivos (miembro superior)
80006	Sobrecarga en el uso de la voz
80011	Carga, posiciones forzadas y gestos repetitivos de la columna vertebral
90001	Ruido
90008	Vibraciones De Cuerpo Entero

TABLA 6: CÓDIGOS DE EXÁMENES

P	Examen Preocupacional	B	Prestador de ART
A	Ausencia Prolongada	J	Peritaje Judicial
R	Examen Periódico	M	Sala, CAP, Etc.
T	Transferencia de Actividad	H	Hospital Público
E	Examen de Egreso	N	Sanatorio Privado
O	Obra Social	S	Comisión Médica

IMPORTANTE: Sr. empleador, Ud. deberá denunciar el siniestro en un plazo máximo de 48 hs. hábiles de haber tomado conocimiento del mismo. (Res. S.R.T. 15/98).